



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Unidad de Posgrado**

**“Costumbres, creencias y actitudes de pobladores de  
San Gabriel Alto acerca del excremento humano.  
Lima 2014”**

**TESIS**

**Para optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública**

**AUTOR**

**Eudosio Habacuc SIFUENTES LEÓN**

**ASESOR**

**Eduardo ZÁRATE CÁRDENAS**

**Lima, Perú**

**2018**

**DEDICATORIA**

A mis padres Eudosio y Elisa que me enseñaron a comprender y amar la vida en  
todos sus detalles y dimensiones

**“La vida empieza en lágrimas y caca”**

Francisco Quevedo, El Parnaso Español

## **AGRADECIMIENTO**

A San Marcos, mi Alma Mater

A mis profesores de la Facultad de Medicina y de Ciencias Sociales UNMSM que me orientaron en la investigación científica.

A los pobladores de San Gabriel Alto por la confianza para conocer sus historias.

A mis colegas de la Maestría de Salud Pública que me apoyaron en la recopilación de la información. Al Dr. Eduardo Zárate Cárdenas por influir, sin saberlo, en mis preocupaciones por la salud popular y por su asesoría en esta Tesis.

A mi querida esposa, Lisbeth Sánchez Torres por su apoyo para interpretar, desde la perspectiva psicoanalítica, algunas facetas del estudio y a mis hijos Jimena, Mihaela y Sergio por su comprensión y estímulo para culminar la Tesis

## INDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>ix</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>x</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO 1. ....</b>	<b>4</b>
1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA .....	13
1.3 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.....	13
1.4 JUSTIFICACION PRÁCTICA .....	14
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	15
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	15
1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	15
<b>CAPITULO 2. MARCO TEORICO .....</b>	<b>16</b>
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN .....	16
2.2 BASES TEÓRICAS .....	20
2.2.1 MARCO DE REFERENCIA.....	36
<b>CAPITULO 3. METODOLOGIA .....</b>	<b>42</b>
3.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	42
3.1.1 TIPO DE ESTUDIO .....	42
3.1.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	42
3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS .....	43
3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	43
3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	44
3.3.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	44
3.3.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	44
3.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	44
3.5 SELECCIÓN DE MUESTRA .....	46
3.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS.....	46
3.6.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	46
3.6.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN .....	47
3.6.3 CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS .....	50
3.7 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	51

3.8 SUPUESTOS .....	53
3.9 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.....	55
<b>CAPITULO 4. RESULTADOS Y DISCUSION .....</b>	<b>56</b>
4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS .....	57
4.1.1 DETERMINACIÓN DEL ESPACIO, INFRAESTRUCTURA Y SITUACIÓN SANITARIA .....	57
4.1.1.1 ESPACIO FÍSICO .....	58
4.1.1.2 EL ESTADO DE LAS VIVIENDAS EN SAN GABRIEL ALTO AL 2014 .....	60
4.1.1.3 EL ESTADO DE ORDEN, LIMPIEZA E HIGIENE DE LAS VIVIENDAS Y ALREDEDORES .....	62
4.1.1.4 LAS CONDICIONES SANITARIAS OBSERVADAS .....	65
4.1.2 ESPECIFICIDAD DE LAS DETERMINACIONES SOCIALES EN LAS COMUNIDADES URBANAS .....	66
4.1.2.1 ESTRUCTURA POBLACIONAL RELATIVAMENTE JOVEN ....	67
4.1.2.2 ORIGEN Y PROCEDENCIA REGIONAL DE LOS POBLADORES	68
4.1.2.3 TIEMPO DE RESIDENCIA EN SAN GABRIEL ALTO .....	69
4.1.2.4 ACCESO A SERVICIOS Y NECESIDADES BÁSICAS .....	70
4.1.2.5 SITUACIÓN DE SALUD DE LOS POBLADORES .....	72
4.1.2.6 ESTRATIFICACIÓN SOCIAL, POBREZA Y PERCEPCIONES.....	72
4.1.3 COSTUMBRES DE LOS POBLADORES ACERCA DEL EXCREMENTO HUMANO .....	75
4.1.4 CREENCIAS DE LOS POBLADORES ACERCA DEL EXCREMENTO HUMANO .....	83
4.1.5 ACTITUDES DE LOS POBLADORES ACERCA DEL EXCREMENTO HUMANO .....	96
4.2 ANÁLISIS INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	103
4.2.1 EL EXCREMENTO HUMANO ENTRE LO REAL Y LO IDEAL ...	103
4.2.2 CONTEXTO URBANO Y DETERMINACIONES MÚLTIPLES DE UN RESULTADO SOCIAL Y CULTURAL .....	103
4.2.3 DESENCUENTROS ENTRE CREENCIAS, ACTITUDES Y COSTUMBRES .....	105

<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>110</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>112</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>120</b>
ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	121
ANEXO 2. FICHA DE ENCUESTA .....	125
ANEXO 3. GUÍA DE ENTREVISTAS .....	135
ANEXO 4. GUÍA DE FOCUS GROUP.....	137
ANEXO 5. GUÍA DE OBSERVACIÓN.....	138
ANEXO 6. GUÍA PARA LA BASE DE DATOS .....	141
ANEXO 7. RESULTADOS DE LA ENCUESTA.....	146
ANEXO 8. ENTREVISTAS EJECUTADAS .....	160
ANEXO 9. FOCUS GROUP REALIZADOS .....	175
ANEXO 10. RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN .....	186
ANEXO 11. INFORME DE LOS RESULTADOS DE OBSERVACIÓN...	190
ANEXO 12. FOTOS.....	196
ANEXO 13. CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS.....	201
ANEXO 14. POEMAS ESCATOLÓGICOS .....	207
ANEXO 15. PLANO: ZONA1 “JOSÉ CARLOS MARIATEGUI”	
VILLAMARÍA DEL TRIUNFO .....	209

## LISTA DE CUADROS

	<b>Pág.</b>
Cuadro 1 Población de San Gabriel Alto según edades .....	44
Cuadro 2 Características físicas de los Terreno y espacio del AAHH.....	58
Cuadro 3 Estado de la construcción de las viviendas .....	61
Cuadro 4 Número de habitaciones por vivienda en la zona de estudio .....	62
Cuadro 5 El manejo de las viviendas .....	64
Cuadro 6 Manejo y funcionamiento de los servicios .....	64
Cuadro 7 Condiciones sanitarias y percepciones .....	66
Cuadro 8 Lugar de nacimiento de los pobladores .....	69
Cuadro 9 Pobladores con acceso a los servicios .....	71
Cuadro 10 Autopercepción en el sistema de estratificación social .....	74
Cuadro 20 <i>Formas de aplicarse el excremento en casos de enfermedad</i> .....	90
Cuadro 21 Creencias acerca del color excremento normal .....	92
Cuadro 22 <i>Creencias acerca de la forma excremento normal</i> .....	93
Cuadro 23 <i>Creencias acerca de la forma del excremento</i> .....	94
Cuadro 24 <i>creencias acerca del excremento más apestoso</i> .....	94
Cuadro 25 <i>Creencias de los factores que influyen en el olor del EH</i> .....	95
Cuadro 26 Actitudes frente al excremento .....	100
Cuadro 27 <i>Actitudes frente al olor del excremento</i> .....	102

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1 Mapa del Distrito de Villa María del Triunfo .....	37
Figura 2 Edad de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo durante el 2014 .....	67
Figura 3 Sexo de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo durante el 2014 .....	68
Figura 4 Servicios disponibles de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo durante el 2014 .....	70
Figura 5 Clase social de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo durante el 2014 .....	73
Figura 6 Costumbres sanitarias de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo durante el 2014 .....	75
Figura 7 Creencias de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo durante el 2014 .....	84
Figura 8 Actitudes de los pobladores de San Gabriel Alto frente al excremento humano .....	97



## RESUMEN

**OBJETIVO** de la Tesis: identificar y describir costumbres, creencias y actitudes de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito limeño Villa María del Triunfo acerca del excremento humano. **METODOLOGIA**: Estudio de alcance exploratorio y descriptivo; observacional, transversal, prospectivo, con enfoque mixto, cuantitativo con una sub muestra probabilística por conglomerados; y otra no-probabilística, “concurrente o en paralelo” que permitió captar información simultánea; entrevistando inmediatamente a los interesados por detallar vivencias durante la encuesta; adicionalmente se recopiló información con observación y focus group. **RESULTADOS**: Se identificaron condiciones y estilos de vida de comunidades urbanas de carácter barrial; cuyos pobladores creen que su excremento no contiene bacterias, no emite olores repugnantes, ni es contagioso como de los foráneos; y que su forma, peso, consistencia y olor están determinados por los alimentos consumidos, estados de ánimo, enfermedades; edad, sexo, procedencia social y regional. Creen que sus abuelos, en sus comunidades rurales, lo utilizaron con fines mágicos, sanitarios o curativos; para calmar y curar dolencias, desinflamar y desinfectar; tratar traumatismos, mordeduras, parálisis facial; pero estos poderes se pierden en la ciudad por la diversidad social, tornándose en fuente de males, con excepción del excremento generado por la familia. **CONCLUSIONES**: Desencuentros entre expresiones de asco al excremento y actitudes no sanitarias. Creencias en beneficios y usos en costumbres rurales del pasado que desaparecen en la ciudad; hoy deviene en recurso secreto de ciertos pobres, abandonados, desahuciados y excluidos de servicios para enfrentar enfermedades crónicas y cancerígenas. **RECOMENDACIONES**: Rediseñar programas de educación sanitaria

**PALABRAS CLAVE**: Creencias sobre excremento humano. Costumbres en comunidades urbanas. Sociología de la Salud Pública. Educación sanitaria

## **ABSTRACT**

**OBJETIVE** of the Thesis: identify and describe customs, belief and attitudes of the inhabitants of San Gabriel Alto of the Lima district of Villa María del Triunfo about human excrement. **METHODOLOGY**: Exploratory and descriptive study; observational, transversal, prospective; with mixed, quantitative and qualitative approach with a probabilistic sub sample by conglomerates; and another non-probabilistic, “concurrent or parallel” that allowed to capture simultaneous information; interviewing immediately those interted in detalling experiences during the survey; in addition information was collected with observation and group focu foci. **RESULTS**: Conditions and lifestyles of urban communities of a neighborhood caractere were identified; whose inhabitans believe that their excrement does not contain bacteria, does not emit offensive odors, nor is it contagious as from outsiders; and that its shape weight, consistency and odor are determined by the food consumed, modds, diseases; age, sex, social, and regional origin. They believe that their grandparents in their rural communities used it for magical, health or healing purposes; to soothe and cure ailments, desinflamartios and desinfect treat traumatismos, bites, facial paralysis; but these prowers are lost in the city because of social diversity, becoming a source of evils, with the exception of the excrement generated by the family. **CONLUSIONS**: Disagreements betwenn expressions of disgust to excrement and non sanitary attitudes. Beliefs in benefits and uses in rural customs of the past that disappear in the city; today it becomes the secret resource of certain poor, abandoned, evicted and excluded from services to face cronic and cancerous, diseases. **RECOMENDATIONS**: Redesing health education programs.

**KEY WORDS**: Belief abaout human excremento. Customs in urban communities. Sociology of Public Health. Health education

## INTRODUCCIÓN

La presente tesis tiene como objetivo principal estudiar las costumbres, creencias y actitudes que tienen de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo acerca del excremento humano. Se trata de un estudio de alcance exploratorio y descriptivo; observacional, transversal, prospectivo, con enfoque mixto, cuanti-cualitativo con una sub muestra probabilística por conglomerados; y otra no-probabilística, “concurrente o en paralelo” orientado a conocer elementos claves de la mentalidad y de la cultura de grupos de pobladores que se establecieron de manera informal y por invasiones en los cerros pedregosos y periurbanos de la IV y V etapa de San Gabriel Alto del distrito de Villa María del Triunfo ubicado aproximadamente a 32 kilómetros al sur del Centro Histórico de Lima Metropolitana, Capital del Perú. Entre las razones que podrían explicar la decisión de trabajar esta tesis, en cuanto al tema y al lugar escogidos, destaca en primer lugar una preocupación, la de saber por qué después de 40 años de campañas de educación sanitaria en higiene y lavado de manos antes de comer y después de defecar, la mayoría de los pobladores de Lima y específicamente de la zona seleccionada, no lograron asumirlo como hábito personal, pero tampoco como costumbre en el ámbito del Distrito y en general en la mayor parte del ámbito urbano del Perú. En segundo lugar, la inquietud por conocer, cómo pobladores de comunidades urbanas resolvían sus necesidades fisiológicas, cotidianas sin contar con los servicios de agua y alcantarillado; en tercer lugar, conocer ciertas historias y mitos, que circulaban en secreto, entre los más pobres, acerca de las propiedades curativas del excremento humano, especialmente para tratar casos de diabetes, cáncer, parálisis, preeclampsia picaduras y mordeduras de animales ponzoñosos y venenosos y una gama de dolencias en las muelas, músculos y huesos.

La idea de investigación también surge por la oportunidad dada por una prolongada presencia en la zona durante entre el 2006 y 2007, cuando el tesista trabajaba en actividades de promoción e intervención social para la ejecución del estudio definitivo de un proyecto de inversión pública de agua y alcantarillado para 140 comunidades urbanas o asentamientos humanos de Lima Sur; trabajo que obligaba dialogar con los pobladores, desde el interior de sus lotes y viviendas para determinar la salida de los desagües domiciliarios a la red pública del alcantarillado

con el sistema condominial; levantar un censo comunitario y organizar comités de trabajo. Estas actividades y el estudio de base plantearon problemas y preguntas a la Salud Pública que luego derivaron en la cristalización del tema y la determinación del contexto de esta tesis. El 2014, el tesista regresa a la zona con un equipo de investigación a efectos de hacer un nuevo trabajo de campo, aplicar la encuesta y las entrevistas y recopilar información relevante de las entidades públicas que operan en el Distrito.

El ámbito de trabajo abarcó a 40 asentamientos humanos integrados entre la IV y V etapa del proceso de urbanización de San Gabriel Alto ubicado en la Zona I “José Carlos Mariátegui” del Distrito de Villa María del Triunfo. Se trata de una zona periurbana con una población de procedencia regional, especialmente de la zona centro-sur del Perú, socialmente ubicada entre estratos de pobreza y clases medias emergentes, con un nivel de instrucción predominante entre primaria y secundaria incompleta; dedicados a trabajos informales y de servicios; con un peso importante de matrimonios endogámicos, con parejas procedentes tanto de la misma comunidad rural de origen, como de comunidades urbanas de los distritos vecinos, formadas mediante invasiones protagonizadas por sus padres o abuelos durante el proceso de urbanización y expansión litoralizada de la ciudad de 1940 a 2010 (Matos, J 2011). Los nuevos limeños que nacieron en los campamentos de invasión, durante los procesos de trabajo comunal y de organización de los nuevos asentamientos humanos, acompañando a sus padres, paisanos y vecinos, asumieron en esas condiciones una vida pautada por una cultura barrial o de comunidad urbana con raíces ancestrales; en diálogo e interacción con la diversidad cultural de una megaciudad, en una época de modernidad y globalidad. Sin embargo, por la herencia colonial y las crisis diversas se hizo patente la desigualdad entre la población barrial de Lima y de la zona seleccionada en particular con la población de la gran ciudad consolidada en términos urbanos.

En estas condiciones, amplios sectores de la población viven sin acceso a los seguros y servicios de salud. Hay pobladores que creen que su propio excremento y el excremento de sus abuelos en sus comunidades rurales están libres de bacterias, de males y contaminantes, por lo que si se toca no es necesario lavarse, ni aplicar los programas de educación sanitaria; creen que ese excremento familiar y comunal tiene propiedades útiles para desinflamar y calmar dolencias, para tratar casos graves de enfermedades cancerígenas y degenerativas, además para controlar y curar picaduras

y mordeduras de animales venenosos y ponzoñosos. Creen que el excremento contaminado, puede contagiar enfermedades a la comunidad con solo olerlo y verlo pertenece a los extraños, a la gente de las grandes ciudades. El excremento peligroso producido en la gran ciudad, es resultado de la diversidad social. Los más pobres, solitarios y desahuciados, aparentemente habrían encontrado en el excremento humano una alternativa no manifiesta, que estarían usando silenciosamente en la etapa terminal pretendiendo superar enfermedades cancerígenas y degenerativas.

Los resultados de esta investigación podrían influir en la importancia para atender el estudio de la cultura de la salud y de las dolencias en el mundo popular a fin de dinamizar la interacción y la recreación para una mayor efectividad de las políticas y programas preventivo-promocionales de salud pública y de educación sanitaria.

## **CAPÍTULO I**

### **1.1 Situación problemática**

Grupos de pobladores que habitan los cerros pedregosos de la IV y V etapa de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo en Lima-Sur creen que su excremento es inocuo, que carece de contenido bacteriano. Creen que por esto no es necesario lavarse las manos antes de comer o después de defecar tal como les recomienda periódicamente el personal de salud en sus campañas de educación sanitaria; además, creen que el excremento realmente peligroso, que contagia múltiples enfermedades con solo olerlo o verlo proviene exclusivamente de los extraños a la comunidad, de la gente de las grandes ciudades, de los locos, drogadictos y enfermos; además de tratarse de un excremento pestífero, que para nada sirve. Muchos migrantes que son hijos y nietos de migrantes de las provincias centro sureñas del Perú al ocupar de manera informal la zona y al carecer de los servicios de agua y desagüe tuvieron que recurrir a una gama de prácticas para abastecerse y consumir ahorrando el agua; y por otro lado, para evacuar y eliminar sus excretas. Estas limitaciones de exclusión de los servicios básicos, dio lugar a recrear viejas costumbres como defecar mediante descarga a campo abierto; limpiarse con piedras o reciclando papeles viejos, periódicos pasados, cuadernos usados o cualquier otro objeto y muy excepcionalmente con papel higiénico. En las partes altas de algunos asentamientos habían cagaderos públicos a donde excretaban grupos de madres con sus hijos pequeños a la hora del crepúsculo, amenizando la costumbre con historias de la comunidad, de los abuelos y de los vecinos que despertaban siempre interés y gusto por escucharlas entre chicos y grandes. Por su lado, los hombres y mujeres que salían a trabajar, lejos del asentamiento, embolsaban sus excrementos para echarlos en los botaderos de basura más cercanos; además, por las dificultades de construcción de letrinas en suelos pedregosos, muchas familias

defecaban a la entrada de sus lotes, que era aprovechado por sus perros; en otros casos, las letrinas estaban a los extremos de los lotes familiares; como ocupando los espacios marginales para un acto marginal y de fastidio por el tiempo que quita y porque nada útil reporta, más que la generación de un estreñimiento que la mayoría de las mujeres veían como normal, defecar bolas duras una o dos veces por semana.

Estando en estas condiciones, muchos declaraban en las encuestas tener asco al excremento, en concordancia con la actitud casi universal de la población peruana; mientras que en sus prácticas y costumbres, se observaba durante el trabajo de campo, la existencia de una cierta convivencia; así por ejemplo, casi todas las mamás declararon que bajaban la fiebre de sus hijos con la orina de los miembros de la familia; mientras que recordaban las historias de sus abuelos haciendo referencia a las propiedades curativas del excremento como antídoto de picaduras y mordeduras de animales venenosos y ponzoñosos; creyendo en la efectividad de éste, para desinflamar y calmar dolores de muela, de músculos y huesos, para curar la parálisis facial, sobrepartos y preeclampsia. Mientras que en las comunidades urbanas los más pobres y vulnerables; los desahuciados y solitarios, excluidos de los seguros y de todos los sistemas de salud, aparentemente estarían teniendo como último recurso el excremento humano para superar enfermedades degenerativas y cancerígenas. El uso y las creencias en torno a posibles propiedades curativas y a la manipulación y convivencia cotidiana del excremento constituyen en su conjunto una problemática social, sanitaria y de salud pública que amerita su atención tanto en el análisis y la investigación científica, como en las políticas, programas de salud pública, de la medicina preventiva y la educación sanitaria.

El escenario del estudio se ubica entre la IV y V Etapa de San Gabriel Alto, de la Zona I “José Carlos Mariátegui” del Distrito de Villa María del Triunfo en la ciudad de Lima Metropolitana, capital del Perú. Este distrito fue creado el 28 de Diciembre de 1961; a partir de las comunidades urbanas que se formaron mediante invasiones y ocupaciones progresivas por grupos de familias registradas desde 1919, a partir de Tablada Lurín, y sobre todo por migrantes provenientes de los pueblos de la zona centro y sur del Perú, entre los años 40 y 60, que ocuparon, entre otras, las zonas de Atocongo y Nueva Esperanza. En dicho período se forman los movimientos barriales impulsados por grupos de obreros y de familias pobres que habitaban viejas casonas precarias y hacinadas del Centro de Lima y de los distritos de La Victoria y Surquillo. La prensa oficial daba cuenta que el nombre de María impuesto al nuevo

distrito por los pobladores fue en agradecimiento a la esposa del Dictador Manuel A. Odría (1948-1956) por la ayuda que les brindó en los días más difíciles de ocupación de los terrenos eriazos, donde las familias con sus hijos tiernos enfrentaron la inclemencia del tiempo y la fuerte represión que intentó desalojarlos. La Señora María de Odría, como primera Dama, con vocación paternalista llevó frazadas y víveres y con su presencia avaló la ocupación de los terrenos, como un hecho legal, sellándose un acuerdo implícito entre el Gobierno Militar de Manuel Odría y el movimiento barrial; tal como lo registra David Collier (1978) en su libro titulado: *Elites y barriadas. De Odría a Velasco*. Entonces ambos actores transaron a pesar de sus proyectos contrapuestos, pero lo hicieron porque se necesitaban en una estrategia populista de entrega de concesiones a pobladores con necesidades urgentes a cambio de que éstos pongan sus fuerzas de apoyo al poder, renuncien a cualquier forma de resistencia a la dictadura militar, abriéndose así un panorama llamado, por algunos sociólogos, de “consenso pasivo” (López, S., 1997: pp.247-290). Sin embargo, las grandes invasiones de masas llegaron a Villa María del Triunfo, en los años 60 y 70 cuando ya era un distrito reconocido, formando el Cono Sur junto con los movimientos barriales que ocuparon los desiertos de Villa El Salvador y San Juan de Miraflores, hoy convertidos en Distritos populares con alcaldes que emergieron de las luchas barriales.

La población de nuestro ámbito de estudio recién llega a establecerse en los cerros de la parte Este del distrito entre 1980 y el 2010; son invasores de segunda generación, hijos de los invasores de los arenales de los años 60 y 70. En la actualidad, este Distrito está organizado en 07 zonas, además de la Primera, llamada “José Carlos Mariátegui”, en la que se encuentra adscrito San Gabriel Alto, están las siguientes zonas: 2) Cercado, 3) Inca Pachacútec, 4) Nueva Esperanza, 5) Tablada de Lurín, 6) Poeta José Gálvez Barrenechea y 7) Nuevo Milenio.

Según el sociólogo Max Meneses (Meneses, 1998), en la historia de las invasiones populares en Lima, la primera se produce en Villa María del Triunfo (VMT), en el ámbito conocido como Tablada de Lurín en 1919, en medio del desierto. Hoy es uno de los distritos limeños más poblados de Lima, después de San Juan de Lurigancho y de San Martín de Porres; como parte de las desigualdades que el país enfrenta, en este distrito, miles de pobladores están excluidos de los servicios básicos, del pleno ejercicio de la propiedad, del orden y la seguridad. El Censo de 1972 daba cuenta de una población distrital de 80,959 habitantes y el Censo del 2007



de 378,470 habitantes (INEI, 2007); estimándose en el 2015 una población total de 448,545 (INEI, 2015). En buena cuenta, en poco más de 40 años la población de Villa María del Triunfo se multiplicó por cinco veces por efecto principalmente de los movimientos migratorios. La tasa de crecimiento anual de este distrito, es más alta en promedio que la de Lima como provincia; tal como se observa en el período 1981-1993 en Lima Metropolitana era 2.7, en Villa María del Triunfo era 3.3; y en el período 1993-2007, en Lima era 2.0; en Villa María del Triunfo 2.7 Sin embargo, en ambos casos la Tasa de crecimiento anual experimentó una disminución constante, como sucede en el ámbito nacional y regional. El territorio distrital abarca 70.57 Km<sup>2</sup> y hay una densidad poblacional de 6356.03 hab/Km<sup>2</sup>. (INEI, 2015)

La mayor parte del territorio distrital está despoblado. Pero es evidente la rápida ocupación por pobladores de todas las edades y procedencias. En el caso específico de San Gabriel Alto, el crecimiento se muestra en su desarrollo urbano en la formación y pavimentación de calles, avenidas y plazuelas, así como de la infraestructura en vivienda y servicios en la parte baja entre la Primera y Tercera Zona; el desarrollo urbano continúa hacia la IV, V y VI Etapa, cerro arriba; al ritmo que sigue el proceso de ocupación de los terrenos de la zona, que son eriazos y pedregosos, por parte de pobladores mayoritariamente migrantes, integrados aproximadamente por 40 comunidades urbanas de carácter barrial, conocidas en la actualidad como “Asentamientos Humanos” que se instalaron en la parte media y alta de una quebrada pedregosa que lleva el mismo nombre ubicada aproximadamente a 30 kilómetros al sur-este del centro histórico de Lima, teniendo como columna vertebral la Avenida José Carlos Mariátegui. Estos pobladores se asentaron unos a través de un proceso de invasiones masivas y otros, mediante un proceso de ocupación progresiva en la que las familias levantaban sus viviendas y las organizaciones vecinales impulsaban el desarrollo urbano delimitando los planos perimetrales y catastrales, fijando los lotes de uso familiar y comercial, estableciendo las calles, pasajes y espacios públicos en la parte plana; y caminos de herradura, escaleras y terrazas en las zonas de pendiente aguda. En buena cuenta, San Gabriel Alto ha pasado entre 1980 y el 2010 por un proceso urbanístico informal basado en la fuerza de los pobres y migrantes necesitados de un techo. Como resultado de este proceso de ocupación de tierras, ha quedado delimitado en seis etapas; la primera, se encuentra en la parte baja del lado Oeste y la sexta en la parte alta del lado Este, con la perspectiva de que en los próximos años, conforme aumente la población, y la

ocupación de los terrenos se generen nuevas etapas urbanísticas que llegarían a la cima de la quebrada, conectándose con los asentamientos humanos de la zona de Pamplona Alta del Distrito de San Juan de Miraflores, de Pachacámac y de la provincia andina de Huarochiri.

La parte baja, o el piso de valle de San Gabriel formado en los años 80 por los asentamientos humanos de Limatambo, 14 de Enero y otros, tuvieron que esperar más de 15 años para acceder a los servicios de agua. En el caso de los asentamientos ubicados en los cerros, de las partes altas de la quebrada, a donde sólo se accede a pie, por escaleras, los servicios de agua y alcantarillado llegaron entre el 2009 y el 2011; luego de 20 o 28 años después; sin embargo, en el ámbito de estudio todavía siguen esperando entre el 30 y el 50% de los pobladores. Mientras tanto, se abastecen de agua potable a través de los camiones cisterna de vendedores informales a un precio 10 veces mayor comparado con las tarifas de SEDAPAL, -empresa administradora del agua potable en Lima. Es decir, los más pobres de la ciudad, compraban agua a precios más altos que los ricos. En estas circunstancias, los pobladores no solo desarrollaron una cultura de cuidado y ahorro del líquido elemento, sino un estilo de vida basado en las privaciones y en la valoración de las cosas más sencillas que están alrededor de cada uno. El gasto diario del agua era solo para cocinar los alimentos y para el lavado de ropa; tomar baños de cuerpo entero y lavarse las manos eran prácticas excepcionales. En el lavado de ropa, se priorizaban las prendas de vestir para el trabajo, para bajar a la ciudad; el lavado de las prendas interiores se realizaba en períodos más prolongados; el cambio de tales prendas era posible tras una a dos semanas, especialmente en el caso de los hombres, tal como contaba la señora Carmen Quispe, natural de Andahuaylas en el A.H. Antonio Raymondi: "...Felizmente mi esposo se cambia de calzoncillo cada una o dos semanas; entonces, eso se lavaba pocas veces y así ahorrábamos agua" (C. Quispe, comunicación personal, E-03, 22 Octubre 2014)

Aproximadamente hasta el año 2004, las calles y avenidas eran solo afirmadas; ninguna estaba pavimentada. El servicio de recojo y eliminación de residuos sólidos era precario y deficiente; el carro recolector pasaba una vez por semana cubriendo aproximadamente el 40% del ámbito poblado. Todas las viviendas en la IV y V zona eran de material precario, de esteras, triplay y cartones por lo menos hasta 10 años después de su formación; la construcción con material noble, de fierro y concreto fue posible después del reconocimiento jurídico de los asentamientos y de la aprobación

del plano perimetral y catastral. El 80% de los asentamientos tuvieron que esperar aproximadamente 15 años promedio, para tener el reconocimiento legal para la construcción definitiva de sus viviendas. Solo así, SEDAPAL declaraba la viabilidad de las obras de instalación de agua y saneamiento, después del reconocimiento legal de los asentamientos. Mientras tanto la población se abastecía de agua con los camiones cisterna y eliminaba sus excretas a través de las letrinas o pozo ciego que cada familia instalaba en la parte marginal de sus lotes; o se encargaban de transportar en bolsas de plástico a los botaderos de basura generados en la vía pública, o se practicaba la descarga a campo abierto a veces en calles y avenidas; pero en familia lo hacían en espacios periféricos; eran verdaderos cagaderos que visitaban cotidianamente por la fuerza de la costumbre pero que nadie mencionaba como espacio público.

Las condiciones de vida en espacios invadidos, sin reconocimiento legal, en cerros eriazos y pedregosos en la periferia de la ciudad; con viviendas precarias hechas de manera presurosa, con vecinos desconocidos; sin servicios básicos de agua potable, alcantarillado, alumbrado eléctrico, salud y seguridad por tiempos prolongados, de una a tres generaciones, imprimieron en la infancia de los pobladores el aprendizaje y la socialización de una cultura barrial caracterizada por incluir elementos de una cultura rural proveniente de los Andes especialmente del centro-sur del Perú, de informalidad, de violencia urbana, de pobreza y de exclusión que en su conjunto no trabaron la práctica de valores transversales como la solidaridad y la ayuda mutua entre vecinos, la alta valoración por el trabajo, y el despliegue de una energía individual y colectiva por construir una vida nueva, de progreso y bienestar; además fue posible la generación de una nueva identidad urbana con el acenso de nuevas generaciones provenientes de las provincias que esperan su integración y cohesión en la gran ciudad. En tales circunstancias, los actores recrearon nuevos hábitos, prácticas y costumbres para sobrevivir en un mundo de escasez y de privaciones. Muchos jefes de familia salían en la madrugada de sus chozas rumbo al trabajo y en el camino hacia el paradero de los buses hacia la gran ciudad, acostumbraban detenerse para excretar; mientras las madres y sus hijos en grupos de uno a tres o cuatro familias lo hacían colectivamente en las primeras horas de la noche (P. Huamaní, comunicación personal. Noviembre 2014); salían hacia los cagaderos ubicados en las partes más altas de los cerros, iban tomados de la mano y contando historias de los abuelos, de sus comunidades rurales; pero también

de las comunidades barriales de otros distritos; defecar en grupo contando y escuchando historias era un aparente gozo para las madres y para sus niños pequeños. Pero estas costumbres, de excretar en grupo por las noches no se contaban a los extraños, mucho menos al personal de salud; éstos a su vez condenaban las prácticas de excretar en las calles y a cielo abierto y promovían diversas prácticas de higiene como el lavado de manos después de excretar; pero los que aplicaban tales consejos eran extremadamente pocos. ¿Por qué la población no incorpora las buenas prácticas promovidas por el Ministerio de Salud? Después de más de 40 años de promoción de higienismo y salud primaria, se estiman cambios mínimos y de poco impacto en la situación de salud de las comunidades urbanas y en la cultura sanitaria de la ciudad. Además, si en las comunidades urbanas son deficitarios los servicios de agua y alcantarillado es difícil bajar las tasas y la incidencia de enfermedades diarreicas.

En estas circunstancias es pertinente las siguientes interrogantes: por qué los pobladores no incorporan en sus hábitos y en su vida cotidiana, las prácticas sanitarias que difunde el Ministerio de Salud? ¿Cuáles son las creencias que tienen los pobladores en torno al excremento humano? ¿Qué actitudes y costumbres tienen los pobladores en torno al excremento humano? ¿Qué es lo que saben o creen acerca del EH?. ¿Saben estos pobladores que el excremento humano contiene bacterias que pueden generar una gama de enfermedades? ¿Qué creen que son las bacterias? ¿Saben que las moscas luego de posarse en los excrementos, pueden transportar, en sus patas, bacterias a los alimentos de los niños o de las familias transmitiendo así la enfermedad, contagiando no solo a una, sino a varias personas? ¿Qué representa el excremento humano para la salud y para la vida, qué funciones se le asigna; qué actitudes genera entre los individuos y las poblaciones del ámbito?. ¿Es posible que en el contexto de pobreza y exclusión, los más pobres en su abandono encuentren en su propio excremento alguna utilidad y efectividad para tratar sus males, dolores y preocupaciones?

Las altas tasas de prevalencia de las enfermedades diarreicas que presenta el distrito y sobre todo el ámbito seleccionado para el estudio, plantea la importancia de conocer lo que la gente cree y sabe acerca del excremento humano, las relaciones que el poblador encuentra entre el excremento humano, la enfermedad y la salud; lo que específicamente piensa, siente y hace para mitigar su sufrimiento ante los episodios diarreicos, o de estreñimiento en situaciones de carencia y déficit de los servicios de

agua y saneamiento básico en sus respectivos asentamientos humanos o ante las enfermedades crónicas, cancerígenas y degenerativas en crecimiento; pero que la gente no puede enfrentar en el marco de los sistemas de salud predominantes, por sus costos, o por la exclusión de los seguros de salud y de los establecimientos de salud especializados.

El análisis de la problemática, desde la perspectiva de la salud pública, se conecta a una gama de aspectos importantes para la vida de la gente. En este sentido, el estudio explora, entre las personas, las formas de pensar la enfermedad y la salud a partir del producto excretado y del acto de excretar, considerando los hábitos, costumbres y actitudes observadas en el ámbito seleccionado, buscando identificar las valoraciones de los grupos poblacionales en torno a los servicios higiénicos; de las viviendas con servicios completos y conectados a la red; de viviendas con servicios deteriorados y sucios, o de viviendas con letrinas o silos, así como de las personas que excretan a cielo abierto. Esto implicará conocer las prácticas de defecación, el acto de excretar, la frecuencia, los lugares y tiempos utilizados; las prácticas de higiene antes y después de dicho acto, la importancia y la valoración que la gente concede al lavado de manos; estos aspectos se verán en los procesos de socialización y de resocialización existentes en la zona.

¿Por qué no se logra producir un cambio sanitario en la vida cotidiana?; ¿qué factores restan o limitan la efectividad de los programas de educación sanitaria, después de 40 años de ejecución?; ¿por qué los pobladores no asumen las prácticas higiénicas del lavado de manos como hábito en lo personal y como una costumbre colectiva en lo comunal? ¿Qué relación tienen estas preguntas con las creencias de la población acerca de su propio excremento y del excremento de los foráneos de la comunidad y el excremento de toda la población?

Algunos pobladores de San Gabriel Alto aparentemente desconocen que el excremento humano es fuente de enfermedades transmisibles; pero también se desplaza, de manera silenciosa y secreta entre los más pobres, abandonados y desahuciados la creencia que éste podría tener propiedades curativas, que podría ser útil para vencer malos espíritus, o enfermedades de alto costo que no pueden pagar y que los médicos no pueden curar, incluso que podría ser un recurso alimenticio en situaciones extremas. El problema entonces, se orienta a determinar y conocer las creencias en torno al excremento humano; saber qué tan extendidas están en el

escenario específico, como el seleccionado, habitado por personas de diversas procedencias sociales y regionales y con diversas costumbres, creencias y actitudes.

En la actualidad, la fuerte aproximación y el uso de la orina para bajar la fiebre en las personas, especialmente en los niños, se ha convertido en una práctica común y frecuente entre los pobres y en las comunidades peri-urbanas de la ciudad de Lima y de muchas comunidades urbanas y rurales del Perú; incluso de muchas personas de clases medias y altas de zonas residenciales de las grandes ciudades del país dicen haber recurrido a este producto para tratamientos del cutis, incluso para controlar y tratar algunas enfermedades como la diabetes con resultados muy favorables en la recuperación de la salud; incluso circulan publicaciones de libros y revistas y una gama de páginas y servicios de alerta por internet; además, hay evidencias de que en todos los sectores sociales de la sociedad crece la demanda y el uso de la orina y como contrapartida se debilita constantemente el asco hacia este producto; por eso es pertinente preguntarse, qué tan amplia es la demanda y el uso de este producto y qué razones se exponen para justificar su uso. Este hecho llama la atención porque la orina, como medicamento, no se encuentra en los protocolos de tratamiento, ni en los recetarios de los establecimientos de atención del Ministerio de Salud. En este sentido, hay un desencuentro entre las orientaciones del Estado y las prácticas de la población, que de manera autónoma viene legitimando el uso casero de este producto; aparentemente esto no sucede con el excremento humano. ¿Es un secreto guardado?, ¿Por qué no se habla a favor del excremento humano, cuando hay una gama de prácticas y costumbres de convivencia con éste?. Por eso, en el trabajo exploratorio se buscó saber si hay uso del excremento humano en el cuidado de la salud; si hay explicaciones tanto sobre sus contenidos, usos y beneficios; como las prácticas de excretar a cielo abierto o transportarlo a los basurales. En este sentido, es válido indagar por las creencias acerca del excremento humano y ¿cuál sería el riesgo para la Salud Pública de que su uso se haga masivo? Es posible que el crecimiento de las enfermedades crónicas y degenerativas y el costo que éstas tienen para su tratamiento influyan en cambiar las actitudes de asco, especialmente entre los más pobres y excluidos de los seguros y servicios de salud, en su desesperada búsqueda de otras alternativas de tratamiento. Los cambios de conducta o de actitud con relación al excremento humano compromete no solo a los excluidos de los servicios de salud y saneamiento, sino también al Estado que responde con proyectos de inversión pública en agua y saneamiento después de 10 o 20 años de demandas,

exigencias y marchas populares, lo que estaría indicando la existencia, de funcionarios permisivos en el Estado que aceptan mantener la convivencia con las prácticas no sanitarias que la sociedad esconde o exhibe sin tapujos.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son las costumbres, creencias y actitudes de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo acerca del excremento humano al 2014?

## **1.3 Justificación teórica**

El estudio aporta al análisis de la situación de salud, por sus implicancias en la recopilación de información acerca de la cultura de las poblaciones vulnerables, en situaciones de pobreza y exclusión social que tienen necesidades sentidas y demandas de acceso a los servicios de salud y de saneamiento básico; al análisis sobre daños (diarreas y estreñimiento) y de riesgos para la salud pública.

Se sustenta en el enfoque promovido por la OPS acerca de los determinantes sociales, culturales y ambientales de la salud (Galvao, L.A., Finkelman, J., Henao, S. (2010). En términos teórico-metodológicos, el estudio es importante para las ciencias de la salud en tanto que aporta al desarrollo del enfoque médico-social y de la Sociología de la salud desde la perspectiva de las personas y de la salud, considerando la salud como un fenómeno social conectado a contextos históricos y sociales, de comunidades y sociedades, del mundo urbano y rural desde donde emergen y se desarrollan de manera sobre determinada costumbres, actitudes, prácticas y creencias tanto en el cuidado y el manejo de la salud, como en la prevención y la lucha contra las enfermedades.

En este sentido, son importantes los vínculos con estudios históricos acerca de los efectos sociales de las epidemias; con el análisis del origen de la Medicina Social, como los estudios de perspectiva de la prevención y de las curaciones con excremento humano y de animales que da cuenta George Bourke en su libro Escatología y Civilización.

El estudio también aporta al desarrollo del enfoque de la interculturalidad, identificando variables, explicaciones e ideas acerca de las costumbres, creencias y

actitudes actuales en torno al excremento humano; obviamente que los hallazgos encontrados permitirán reestructurar los programas preventivos, de Salud Pública, reorientar las actividades de capacitación e información en las poblaciones de las comunidades urbanas y rurales. El estudio plantea para la agenda de investigación en las ciencias de la salud la persistencia de las creencias acerca del excremento humano en el tratamiento de las enfermedades; pero el tema particular que el estudio destaca para esta agenda es la creencia de pobladores que sufren exclusión social, en la aplicabilidad y efectividad del excremento humano para prevenir y tratar enfermedades cancerígenas y degenerativas.

#### **1.4 Justificación práctica**

La identificación y análisis de las costumbres, creencias y actitudes acerca del excremento humano tiene gran importancia como una realidad crítica no explicada y como un referente necesario para plantear la reorientación de los programas de educación sanitaria de las personas y la reorientación de la promoción de ámbitos saludables; por otro lado, también identifica elementos que podrían servir para el mejoramiento de los protocolos de atención médica y de los programas de salud preventiva.

El estudio identificó canales y espacios de encuentro entre la Medicina Interna, la Medicina Social, la Ingeniería Sanitaria y las Ciencias Sociales para la intervención social, la promoción de la salud, el desarrollo de la salud preventiva y la investigación científica. Por consiguiente, el estudio se justifica porque sus resultados contribuyen a una comprensión integral de la situación de salud, de los problemas de salubridad; y a la contribución de importantes recomendaciones para el desarrollo de la Salud Pública, de programas sanitarios, políticas sociales y desarrollo urbano.

Históricamente se ha visto la existencia de una fuerte asociación entre una alta incidencia de enfermedades diarreicas y contextos de pobreza caracterizados por mantener una infraestructura sanitaria deficitaria, bajos niveles educativos; y estados de desnutrición prevalentes; sin embargo, un estudio de lo que la gente piensa es importante para comprender por qué a pesar de haberse producido cambios globales en la cultura, en la tecnología, en la información y el conocimiento en la época del globalismo; por qué a pesar de una hegemonía de más de cien años de la cultura



sanitaria en occidente, de una constante ampliación de la cobertura de los servicios de agua potable, de salud, y de la ejecución de numerosos programas, estrategias y sistemas de salud por un Estado Nacional que declara actuar en representación de toda la sociedad; por qué a pesar de todos estos cambios aún subsisten conocimientos, creencias, hábitos y actitudes acerca del excremento humano asociados a la cultura de sociedades arcaicas o de la barbarie.

Se justifica porque el tema de investigación aborda desde la perspectiva de las personas un conjunto de elementos que se ubican en la agenda social como son los daños en la salud, el crecimiento de las enfermedades no transmisibles y la imposibilidad de los más pobres para encontrar tratamiento adecuado por las circunstancias de exclusión de los servicios y seguros de salud; de necesidades básicas insatisfechas, de problemas de exclusión de los servicios de agua, y saneamiento básico, y de los problemas que afectan su integración cultural y de inclusión social.

Conocer las características culturales de estas personas será fundamental para futuros planes de educación sanitaria orientados a los que hoy se encuentran en la etapa de la infancia.

## **1.5 Objetivos de la investigación**

### ***1.5.1 Objetivo general.***

Describir las costumbres, creencias y actitudes que tienen los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo acerca del excremento humano.

### ***1.5.2 Objetivos específicos.***

- Identificar y describir las costumbres de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo acerca del excremento humano.
- Identificar y describir las creencias de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo acerca del excremento humano.
- Identificar y describir las actitudes de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo acerca del excremento humano.

## **CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes de Investigación**

El estudio de las costumbres, creencias y actitudes de los pobladores de San Gabriel Alto acerca del excremento humano tiene como antecedentes dos hechos centrales que son observables y públicos. En primer lugar, la situación sanitaria de exclusión de los servicios de agua y saneamiento básico en la que se encuentran más del 30% de los pobladores que habitan el espacio delimitado como la IV y V Etapa del proceso de crecimiento urbano de San Gabriel Alto; en esta misma situación también se encuentran alrededor de un millón de personas en Lima Metropolitana y cerca de tres millones de personas en todo el Perú. Esta situación induce a los pobladores a realizar prácticas no sanitarias como defecar a campo abierto, sea en “cagaderos públicos” escondidos, o al borde de los caminos; arrojar sus heces a los botaderos públicos de residuos sólidos o basura; no lavarse las manos con agua y jabón, ni antes de comer, ni después de excretar, convirtiéndose así en transmisores o portadores de una gama de enfermedades; pero también se enlaza a otras situaciones como son los frecuentes episodios diarreicos en la familia y a la vez a una situación de alta prevalencia de estreñimiento y de infecciones urinarias especialmente en la población femenina; además a la existencia de altas tasas de parasitosis, que estaría afectando al 98% de la población de la zona de estudio tal como sucede con comunidades urbanas y rurales del país en situación de pobreza y extrema pobreza. En un estudio realizado el 2007 por Pajuelo, G., la parasitosis en el distrito de Villa María del Triunfo tenía un promedio del 66.7%; siete años después esta situación no ha variado.

En segundo lugar, ante el aumento de la prevalencia de la diabetes, del cáncer y de una gama de enfermedades crónicas y degenerativas entre los pobladores en

situación de pobreza y de exclusión de los seguros y servicios de salud, está emergiendo -entre ellos; especialmente entre los abandonados, que viven solos pero también entre los no pobres, que se orientan hacia la medicina naturista o a las alternativas, -una gama de creencias en torno a ciertos beneficios que estarían encontrando en el excremento humano; al que se le estaría atribuyendo propiedades curativas para enfrentar enfermedades mencionadas y otras consideradas como incurables, o que tienen un tratamiento prolongado, de alto costo, y que solo podría ser tratado en establecimientos hospitalarios de alta complejidad y gran tamaño y que por lo que los más pobres, marginales y excluidos estarían suponiendo que en establecimientos así no habría lugar para ellos.

El primer factor hace que los pobladores concedan tiempo e importancia a la eliminación de sus excrementos porque no cuentan con servicios de desagüe en sus viviendas, conectados a la red pública de agua y alcantarillado, o si lo tienen, éstos funcionan precariamente, con baja cobertura y baja calidad. Estas condiciones inducen a las personas y a las familias a adoptar determinados hábitos, prácticas o costumbres, creencias y actitudes que aprenden a través de los procesos de socialización particulares y propios de cada uno de los asentamientos que integran el espacio seleccionado de San Gabriel Alto. Estas condiciones que se presentan en la vida cotidiana de San Gabriel podrían estar influyendo a la minimización real del asco al excremento humano, como hecho distinto y contradictorio a las manifestaciones de asco como actitud universal en la sociedad moderna y en la época actual. Sentir una minimización del asco en San Gabriel no les induce a los pobladores a descuidar el mantenimiento del uso de las expresiones literales de asco en tanto piensan que otros esperan escuchar de ellos tales expresiones en el afán de compartir una supuesta “comunicación normal”.

Las difíciles condiciones de vida de los pobladores de San Gabriel Alto, durante los procesos de invasión de terrenos, formación de las barriadas, construcción de sus viviendas y lenta dotación de la infraestructura social, les ha permitido convivir más amigablemente con sus excrementos, por lo que no tendrían dificultades para utilizarlos con una gama de objetivos a partir de las creencias que se van cristalizando en los procesos de socialización del ámbito de estudio, pero también a partir de lo que cada poblador aporta con creencias y actitudes aprendidas unos con los procesos de socialización en sus comunidades rurales de origen y otros con los procesos de socialización urbana e incluso peri-urbana, que vivieron con sus

padres en las grandes invasiones producidas entre 1948 y 1970, entre El Agustino y Villa El Salvador. Estos procesos han sido estudiados por los sociólogos y han encontrado que a través de éstos, los niños menores de 10 años realizan su aprendizaje fundamental de la cultura del medio social que los rodea; aprenden observando y aplicando; lo hacen en familia, con amigos y vecinos escuchando historias, mitos, leyendas, chistes, críticas y halagos; pero también jugando, realizando una gama de actividades laborales y domésticas. Es a través de estos medios y espacios que logra aprender creencias, valores, hábitos, costumbres, prácticas, actitudes, formas de comportarse, que son elementos o componentes de la cultura (Gelles, R. y Levinne, A, 2000 p.125-145). En este caso serían los componentes, de una cultura barrial, que las ciencias sociales aún no tienen una visión de conjunto.

Creencias en los mitos que van desde los trascendentales y fundacionales, hasta los referidos a aspectos simples de la vida cotidiana. Por ejemplo, los mitos de fundación del Imperio incaico, el mito de una sociedad igualitaria basada en la propiedad colectiva y en la organización económica sustentada en la solidaridad y el bien común a través de la Mita, la minka y el ayni que impactaron en la identidad y en el comportamiento solidario de las comunidades urbanas del presente, influyendo en su cohesión. Los científicos sociales, como José Matos Mar, que estudiaron la formación de las barriadas y los movimientos barriales de Lima, han encontrado relación entre los mitos referidos acerca de la sociedad y la economía prehispánica con las prácticas de unidad y trabajo solidario de los movimientos barriales de 1948 al 2010. Muy importante también habría sido considerar la presencia y la recreación del mito acerca del pishtaco (Ansión, J. y Sifuentes, E. 1989: 61-105), en los asentamientos humanos de Lima sur, que induce a no caminar solos, sin compañía por las noches y por lugares solitarios; a tener como actitud el rechazo y la desconfianza a los extraños y desconocidos, sobre todo si son racial y étnicamente distintos. Probablemente estos mitos, generados desde el Imperio Incaico, han inducido a los pobladores, provenientes de muchas comunidades rurales pero hermanadas por un pasado común a verse como parecidos, manteniendo respeto y fidelidad al Inca, a los valores andinos y a actitudes asociados a éste; por eso, es poco frecuente encontrar trabas para unirse en comunidades urbanas, formando sus comités vecinales y de tratarse en la vida cotidiana como “vecinos”, apoyándose mutuamente en la construcción de sus casas; haciendo trabajos comunales en el

levantamiento de murallas o el acondicionamiento del terreno para el tendido de las tuberías de agua y alcantarillado.

En lo referente al aprendizaje de actitudes, como el asco al excremento humano, fue posible a través de la socialización. En el mundo occidental, especialmente a partir del Renacimiento, se ha extendido de manera universal, una actitud de asco hacia el excremento humano. Antes de este período, se registró en gran parte de Europa, una cierta convivencia con el excremento humano, por lo que el asco no era una actitud predominante, John Gregory Bourke, observó ciertas coincidencias de actitud en las fiestas y práctica de las sociedades antiguas con relación al excremento humano como nos cuenta en los capítulos “las danzas de la orina en los zuñi” de Norteamérica y “la Fiesta de los locos en Europa” de su libro *Escatología y civilización* (Bourke, 1976: pp. 26-47) En ambos eventos, el uso del excremento humano para los juegos y su consumo como ritual y preparación para situaciones de hambre fueron coincidentes; y no había asco. El asco al excremento humano crece y se expande con la colonización. Se universaliza en la sociedad moderna y en las comunidades urbanas y rurales dominadas por aquella. Es una actitud aprendida en la familia. Así también el gusto, forma parte del aprendizaje cultural; aunque muchas personas creen que forman parte de la estructura biológica. El gusto por un plato de comida o el asco a determinados elementos no es biológico, es cultural porque es aprendido, y porque se asume por la presión del medio social en la que se encuentra la . En el Perú la diversidad regional y comunal ejerce un tremendo impacto en la diversidad de los gustos locales tanto por las comidas, como por las formas de vida y diversión.

Se presume que muchas costumbres, creencias y actitudes actuales con relación al excremento humano provienen de los pueblos antiguos del Perú, es cierto; pero también de la España medieval y de otros pueblos de Europa que se vincularon y recrearon a partir del proceso de colonización tal como lo analiza, en sus múltiples dimensiones culturales, el historiador Alberto Flores Galindo especialmente en su libro *Buscando un Inca* (Flores-Galindo, A. 2008). Considerar en los antecedentes los orígenes y la hegemonía cultural hispánica es fundamental por la dimensión universal del uso del excremento que sostienen algunos especialistas de las sociedades del pasado, o actores sociales que dan cuenta de sus experiencias como lo hace John Gregory Bourke, Capitán del Ejército Estadounidense, en su Diario, en la segunda mitad del siglo XIX (Bourke, G. 1976).

En buena cuenta el estudio apunta a conocer elementos de la mentalidad y el comportamiento frente al excremento humano, de grupos de personas, que hoy integran un conjunto de comunidades urbanas o asentamientos humanos, compartiendo elementos comunes de una misma cultura, después de haber atravesado por diversos procesos de socialización, que han tenido como eje el medio familiar y las comunidades rurales y urbanas principalmente del centro y sur del Perú de los últimos 70 años, y que han experimentado estilos de vida y una cotidianidad basadas en elementos más o menos comunes asociados y en interacción con una estructura social y cultural más regional, comunitaria y tradicional que ingresa a un proceso de resocialización y adaptación a nuevos contextos sociales, de exclusión y privación de derechos y servicios, derivados de las experiencias migratorias y de las invasiones masivas en una ciudad desbordada; en una situación tipificada por José Matos Mar de “desborde popular” (Matos, J. 2011).

## **2.2 Bases teóricas**

El objeto del estudio está centrado en la identificación y descripción de las costumbres, creencias y actitudes acerca del excremento humano, como elementos de una cultura comunitaria, relacionada a procesos y situaciones sociales de salud, como la visión de los pobladores acerca de su propio excremento y la asociación que le asigna a éste con una gama de experiencias de la vida; de la prevalencia e incidencia de diarreas diversas y de estreñimiento; de las facilidades y condiciones para excretar; de la eliminación de excretas y de la higiene que son temas relacionados al objeto de estudio y de trabajo de la Medicina Interna, de la Medicina Social, de la Ingeniería Sanitaria, de la Educación Sanitaria, de la Salud Pública y de las Ciencias Sociales. El estudio encontró importante y necesario interrelacionar estos temas teniendo como eje el interés de las personas y de la Salud popular. De hecho los hallazgos del estudio pueden ser importantes para estas disciplinas tanto para el desarrollo de sus investigaciones, como para el mejoramiento de su intervención social y sus protocolos, además sus resultados podrían influir a la apertura de un trabajo mucho más cooperativo e interdisciplinario a favor de la salud de la comunidad y de las personas.

- no es excepcional, ni puede ser considerado como lo característico de una comunidad local; su dimensión es universal y tiene una regularidad biológica en toda

la naturaleza humana, que da lugar a reflexiones sin límites; pero la experiencia cotidiana en lo personal y colectivo tiene una relatividad y múltiples especificidades en el proceso histórico de los pueblos, en las etapas anteriores a la civilización y en plena civilización. No obstante la producción imparable y creciente de millones de toneladas de excremento humano por segundo se ha escrito muy poco, de manera específica en torno a las costumbres, creencias y actitudes de los pueblos acerca de este producto; es sorprendente que en nuestro medio no se haya registrado ninguna investigación científica no solo sobre el producto; sino sobre lo que la gente cree en torno a éste.

Las Ciencias Sociales abordaron el asunto pero de manera subsumida, accesoria o colateral; limitándolo a las necesidades biológicas o como prácticas cotidianas; excluidas del conjunto de las creencias, actitudes y costumbres de la gente, de la cultura de los pueblos. Las referencias excepcionales, acerca de las creencias en torno al excremento, básicamente se encuentran en los análisis de las prácticas médicas de los pueblos antiguos, de Roma o Grecia o de comunidades indígenas, de distintas latitudes y tiempos. Por el abordaje de los estudios de la cultura y de la vida cotidiana, la Antropología tuvo mayores opciones; pero sólo se limitó en algunos estudios a dar cuenta de las prácticas de excreción; pero no acerca de las creencias en las comunidades; mucho menos en las comunidades urbanas de la sociedad global. En Sociología, Norbert Elías logró construir un marco teórico aproximativo y la perspectiva para enfocar el tema; aproximándose al análisis de algunas prácticas cotidianas como elementos civilizatorios, nacidas entre el siglo XIV y el siglo XIX que sobreviven en el siglo XXI; determinó, en éstas, los elementos que marcan el cambio en los comportamientos de lo no civilizado a lo civilizado; la legitimización del buen gusto que sobrevive a los cambios en el poder, la imposición de las prácticas de limpieza e higiene y el uso de nuevos instrumentos para comer, dormir y vestirse, como el uso del tenedor y la forma de comer carnes; el uso del pijama y el comportamiento en el dormitorio marcharon en concordancia con la emergencia de sentimientos y actitudes que expresaban pudor, vergüenza y ejercicio de buenos modales cristalizando la civilización. En suma, para Norbeth Elías la civilización comienza con el cambio de comportamiento y de vestirse; con la introducción, de actitudes y de costumbres en torno a la higiene, con los buenos modales y el cuidado personal; cuando la gente establece una separación física de ámbitos en la vida doméstica para el ejercicio de los hábitos de alimentación y

defecación; cuando comienza la aplicación de normas para preservar la limpieza de las viviendas y de las ciudades. (Norberth, E., 2011 PP. 130-258). El libro de Norbert Elías acerca del proceso de la civilización fue escrito en los años de 1930; pero recién llegó a publicarse en los 70s y llegó al Perú en los 90s.

Desde el psicoanálisis, de la historia y la literatura destacan dos textos importantes para el estudio de la cultura acerca del excremento humano; el primero, del psicoanalista francés Dominique de la Porta, *Historia de la mierda* (1977) y el segundo, de los mexicanos Alfredo López y Francisco Toledo, *Una vieja historia de la mierda* publicado el 2009. El primero, considerando el enfoque de Malestar en la Cultura de Freund, relaciona el esquema “dinero-oro-heces” con orden, limpieza y belleza como los ideales de la civilización. Y el segundo, sistematiza una serie de escritos literarios e históricos desde el México prehispánico. Ver comentarios de este texto en Revista Electrónica Imágenes (2018) Lo más reciente en los estudios sociales, es el libro publicado por Luis Castro Nogueira, Ángel Castro M., y Morales, J. (2013). En Lima y en nuestro medio académico y cultural, no hay publicaciones que traten el tema; tampoco se ha podido registrar algún artículo científico en la cartera informativa por lo menos en diez buscadores de internet, revisados entre octubre 2017 y abril del 2018, desde el centro informático de la Facultad de Medicina de San Marcos y desde otros espacios privados. Sin embargo, se pueden considerar como aproximaciones algunos estudios desde la perspectiva epidemiológica como el del profesor Banda, K., et al. (2007), en Tamil Nadu, en la India, uno de los pueblos más antiguos del mundo. Se trata de “Water handling, sanitation and defecation practices in rural southern India: a knowledge, attitudes and practices study” con el objetivo de comprender los factores socioculturales que afectan la seguridad del agua; con este objetivo aplicaron encuestas y grupos focales a fin de identificar y describir conocimientos, actitudes y prácticas entorno al manejo y uso del agua, al saneamiento y a las prácticas de defecación a campo abierto en el área rural de Tamilnadu. En la investigación se encontró que todos almacenaban agua potable en baldes abiertos; pero la gente no relacionaba las enfermedades diarreicas con consumo de agua contaminada; sino con el "calor", con la comida picante, o la ingestión de pelos, fango o mosquitos. Solo la tercera parte de la población tenían baños; pero muchos de éstos más las dos terceras partes que no tenían servicios en sus viviendas acostumbraban a defecar a campo abierto, siguiendo una práctica tradicional. En buena cuenta con esta investigación



epidemiológica se descubre el factor determinante de la alta incidencia de diarreas en la zona; que les llevó a pensar en medidas de higiene y cuidado del agua sin afectar la antigua y extendida costumbre de la descarga a campo abierto.

También es importante subrayar la investigación realizada por Oswald, W., et al. (2008), “Direct observation of hygiene in a Peruvian shantytown: not enough handwashing and too little water” con el objetivo de documentar la frecuencia de las prácticas de higiene de madres y niños en una barriada de Lima. En esta investigación la observación fue fundamental. Aplicaron seguimiento y observación por 12 horas continuas por día y por familia; en total aplicaron 1008 horas de observación. Como resultado constataron que la gente usaba muy poca agua en la higiene. Hallaron que el lavado de manos, después de la defecación o antes de las comidas, no era una práctica frecuente entre las madres y los niños. Muy pocos se lavaban las manos y solo dos veces al día, los niños solo una vez. Tanto para lavarse las manos como para bañarse, las madres usaban un promedio de 4.1 litros de agua al día y los niños 3.2 litros. Los niños se bañaban casi interdiario; el jabón se usaba más al bañarse y mucho menos para lavarse las manos, por lo que eran muy bajas las posibilidades de prevenir la transmisión de material fecal.

Gran parte de los estudios de este tipo suponen el alto contenido bacteriano del excremento humano y solo dan cuenta de las débiles prácticas de higiene que muy pocas personas lo asumen en las comunidades urbanas; pero no se preguntan por qué. Se proponen como objetivo central de investigación la constatación de hábitos y prácticas, y no se proponen explorar las creencias, las ideas o las razones que estarían induciendo a los pobladores a realizar prácticas no sanitarias.

Para las Ciencias Sociales los hábitos en higiene y los hábitos en otros campos están asociados a las costumbres, creencias y actitudes junto a los valores, normas, tradiciones, conocimientos, símbolos, prácticas y comportamientos. Estos elementos, en su conjunto al estar interrelacionados interactúan orgánicamente como componentes de la cultura de una colectividad, desde el enfoque de los sociólogos. De manera complementaria, pero desde una perspectiva más amplia tales elementos son considerados por los antropólogos, como pautas culturales que marcan la personalidad de los individuos y orientan el comportamiento y al mismo tiempo cristalizan la identidad de una comunidad; en este sentido Marvin Harris, subrayaba en su libro *Antropología Cultural*, que “la cultura es el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una

sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar (es decir, su conducta” (Harris, 2004, pp. 19-20)

Para sociólogos como Durkheim, la cultura funciona como el “alma colectiva” de una sociedad. La cultura como “conciencia colectiva” es la manera “de obrar, de pensar y de sentir” de una colectividad; pero considera que “estos tipos de conducta o de pensar no solo son exteriores al individuo, sino que están dotados de una fuerza imperativa y coercitiva, por la cual se le imponen, quieran o no” (Durheim, 1912, pp. 38-39). En este sentido, la cultura imprime identidad; permite distinguir una sociedad de otra. Su importancia es de tal magnitud que puede considerarse como la sangre que recorre las venas de un cuerpo social; pero también como el cemento que integra y cohesiona, en este caso, a individuos interrelacionados en una sociedad o en un sistema social; organiza la vida social, en grupos, en familia dando forma a la estructura social (Sifuentes, E. 2012). Los antropólogos consideran la cultura como una fuerza social que influye en la determinación de la manera de ser de un grupo o de una comunidad, en su adaptación a determinados contextos sociales y ambientales, en el funcionamiento de la familia y en el orden social; la cultura asegura la producción y reproducción de la sociedad, de la vida y de las instituciones sociales.

Las costumbres, creencias, actitudes son elementos de la cultura, que en su conjunto no existen por imposición de una voluntad unilateral; nacen de la misma sociedad, a través de una gama de procesos articulados, para regresar a ella asegurando su producción y reproducción dotándole, como consecuencia, de una identidad. Además, la cultura es aprendida en lo fundamental, desde que el niño está en el vientre de la madre, durante toda la infancia a través de los procesos de socialización que implica un aprendizaje de hábitos como los de higiene, alimentación; de costumbres que implican prácticas y tradiciones que todos los miembros de una comunidad o de una sociedad reconocen, respetan y aplican; de normas y valores que se reconoce y se sigue individual y colectivamente; de creencias que pautan los comportamientos, las maneras de comprender el mundo de la vida, los sentimientos y actitudes que asumen la familia y todos los grupos más cercanos con quienes interactúa cada individuo en diversos planos de la vida (Harris, M. 2004, 121-127) Obviamente se trata de grandes parámetros acerca del aprendizaje de la cultura de la sociedad que rodea al individuo; el problema es observar este proceso en contextos de crisis, de multitudes y conglomerados sociales

formados apresuradamente para invadir tierras para sobrevivir, que luego da lugar a la formación de nuevas comunidades urbanas, unidas por solucionar colectivamente las necesidades de vivienda y de servicios básicos; pero que pueden esconder una diversidad cultural en conflicto. Se trata de conglomerados que provienen de comunidades rurales lejanas y cercanas que se encuentran con comunidades urbanas vecinas y que ponen en práctica una gama de prácticas que se van convirtiendo en hábitos y costumbres propias de estos nuevos grupos de pobladores, que podrían ser recreación de sus comunidades de procedencia; pero también construcción de nuevas respuestas para atender y solucionar las necesidades básicas de comer, beber, dormir, orinar, excretar, vestirse, curar sus enfermedades, calmar sus dolores, enfrentar viejos y nuevos problemas familiares, formar nuevas parejas y nuevas familias, de vestirse, de trabajar, cocinar y descansar. En la forma como los grupos atienden estos elementos se construye una cultura. San Gabriel Alto surge en un contexto de crisis y se organiza con personas, que entre ellas, no conocen su procedencia social, regional y familiar; pero se unen para vivir; en ese proceso unos tratan de hacer prevalecer sus prácticas y costumbres o de renunciar a ellas; otras aplicarán nuevas prácticas traídas por otras personas y familias al verlas más fáciles o efectivas. En suma, San Gabriel Alto es resultado de circunstancias precisas; de grupos que sin conocerse se forman y se organizan y en el proceso van resolviendo sus experiencias vitales con prácticas individuales y familiares que se van recreando y haciendo comunes y asimilables.

El conocimiento de estos elementos ha sido posible examinando la interacción entre lo individual y lo colectivo en el marco de la vida cotidiana y de los procesos de socialización que forman la personalidad y los comportamientos de los individuos y que en última instancia tienden a recrear y fortalecer las identidades locales (Giddens 2001); estacando el impacto de la socialización en el aprendizaje de la cultura y en la formación del individuo, este sociólogo inglés nos dice:

La cultura tiene que ver con los aspectos sociales aprendidos, más que con los heredados. Al proceso mediante el cual los niños u otros miembros de la sociedad aprenden la forma de vida de ésta se le denomina socialización, que es el principal canal de transmisión cultural a lo largo del tiempo y de las generaciones (...) como un proceso que dura toda la vida y en el cual el comportamiento humano se ve constantemente configurado por las

interacciones sociales. Permite que los individuos desarrollen su personalidad y sus potencialidades (Giddens, 2001, p. 58-59)

Los antropólogos explican el aprendizaje de la cultura como un hecho intergeneracional de padres a hijos, a través de un proceso que ellos llaman de “endoculturación”, o dentro de la comunidad como sucede con las comunidades más conservadoras; o a través del difusionismo que posibilita aprender elementos culturales de otras sociedades o fuera de la comunidad, como sucede con las más abiertas y liberales.

Las creencias son formas de pensar y explicar el sentido de una variedad de fenómenos por los individuos de una comunidad, logrando de este modo definir comportamientos y actitudes aceptados por todos; en este sentido son fuerzas o pautas de pensar y de comportamientos que sirven a la dinámica y al orden de las comunidades y sociedades. De este modo el sociólogo alemán Max Weber concedía enorme importancia a las creencias como pautas para garantizar el funcionamiento y la sobrevivencia de un orden social según sea el tipo de comunidad o sociedad. En este sentido, encontró una gama de creencias, como la afectiva, animista, las creencias en los dioses, en los espíritus, en los profetas, en los demonios; pero también en las leyes, en lo racional. Para Weber las creencias influían en la determinación de los hechos sociales, que él llamó en su teoría “acción social con sentido” (Weber, 1981)

En el campo de la salud, es importante el estudio de las creencias, costumbres y actitudes porque son pautas de vida que asume una comunidad y sus miembros y que pueden tener efectos e impactos positivos o negativos en el cuidado y la preservación tanto de la salud pública y personal como del medio ambiente que los rodea. En este sentido, es crucial conocer la cultura de una comunidad para encontrar la lógica de su sostenibilidad y comprender lo que hacen para prevenir y enfrentar las enfermedades.

Los profesores Emilio Moreno San Pedro y Jesús Gil Roales-Nieto de la Universidad de Almería – España tienen un interesante trabajo titulado “El modelo de creencias de salud: Revisión Teórica, consideración crítica y propuesta alternativa” (2003) donde revisan cuatro modelos psicológicos acerca de la conducta protectora de la salud y de la prevención de la enfermedad; encontrando como la más importante el modelo acerca de las creencias en salud. El mismo que tiene sus

inicios, según estos profesores en la década de 1950, aunque recién a partir de 1966 fueron posibles las publicaciones con temas vinculados al respecto. El modelo planteado se sustenta en la valoración que hace la persona en torno a una meta y a la posibilidad que una acción llegue a conseguir esa meta. (Moreno, E. y Gil, J. 2003, 94)

El libro de John Gregory Bourke, *Escatología y Civilización* con prólogo de Sigmund Freud, es el libro más importante y decisivo en nuestro referente bibliográfico, porque es resultado de una importante información de primera mano recogida en la población nativa que habitaba el territorio de los Estados Unidos desde tiempos anteriores a la llegada de los europeos; cuando eran comunidades que todavía se encontraban transitando entre el salvajismo y la barbarie desde el punto de vista del antropólogo norteamericano Lewis Morgan, acerca de las sociedades antiguas. Bourke observa la forma cómo vivieron y cómo vivían hasta el siglo XIX, cuando él toma contacto con las comunidades originarias de ese territorio; participa de sus actividades cotidianas, de sus fiestas, de sus ceremonias mágico-religiosas; recoge relatos, historias, mitos y creencias acerca de diversos pueblos y comunidades nativas. Viaja con el ejército de los Estados Unidos, siendo Capitán de éste, por un suelo virginal. Hace una gama de anotaciones y una descripción etnográfica; como parte de todo el material recogido durante varios años en el siglo XIX, rescata y ordena una cantidad importante de creencias en torno al excremento humano, a los poderes curativos de éste frente a una diversidad de enfermedades; pero también identifica creencias, rituales y ceremonias centradas en consumir excremento a fin de fortalecer la capacidad inmunológica, hacer más sano al cuerpo y alcanzar una superioridad sobre la enfermedad y no caer incluso como víctimas de epidemias. Estos elementos son destacados en diversos pasajes del libro como en la “Danza de Los Zuñi y la “Fiesta de los Locos”. (Bourke, J. 1976, pp. 26-47).

A lo largo del texto Bourke da cuenta de una gama de comunidades nativas de América, Australia, África; pero también de grupos de enfermos mentales, de sectas fanática de la India, de sacerdotes tibetanos, de mujeres, de grupos de hombres desde tiempo anteriores a nuestra era, hasta el siglo XIX, citando a muchos autores desde Herodoto y pasajes de la Biblia, en los libros de Isaías, Ezequiel; de los Reyes hasta opiniones y testimonios de médicos, militares, príncipes y sacerdotes acerca de la gente que se reúne para comer excremento humano o excrementos de animales de las zonas donde se encuentran, a veces con todas las vísceras, como parte de rituales

religiosos o de costumbres ancestrales. Además, Bourke sistematiza cartas y estudios etnográficos realizados por sus amigos en diversos pueblos del mundo acerca de lo que la gente hace con la orina o con el excremento. Por otro lado, el libro reúne información histórica acerca de las prácticas médicas en las civilizaciones antiguas de Grecia y Roma y de las recetas utilizadas por éstos en base al excremento tanto del hombre como de una gama de animales domésticos y salvajes.

Para sostener el uso universal del excremento humano y de una gama de animales, tuvo como fuentes primarias de su investigación sus propias observaciones de fiestas, rituales, hábitos y costumbres de las comunidades indígenas de los Estados Unidos a las que llegó como oficial del Ejército Norteamericano cuando dichas comunidades estaban viviendo diversos estadios de la barbarie; además, utilizó muchos testimonios y cartas de amigos provenientes de comunidades rurales de los cinco continentes que le permitió hacer comparaciones y llegar a afirmar que casi todas las comunidades humanas utilizaron orines y excremento humano; además, excremento de animales con diversos fines especialmente curativos y sanatorios. Es importante precisar que el libro incluye una larga lista de recetas en base a excrementos de animales de famosos médicos de la época clásica de Roma y Grecia, que recogen el saber acumulado de varios miles de años de las sociedades antiguas.

El psicoanalista francés Dominique de La Porte a partir de una reinterpretación de los estudios realizados por John Gregory Bourque considera que la humanidad ha pasado por una historia de la mierda y por una historia de la civilización, identificando como un hecho de ruptura, entre ambas, la intervención del Estado, por eso identifica un edicto promulgado por el Rey Francisco de Francia en noviembre de 1539, que obligaba a cada uno de los vecinos de la ciudad a

no arrojar a la calle pajas, basuras, aguas de colada, lodos u otras inmundicias (...) hacer matar cerdos u otras bestias y les instamos, muy al contrario, a que estas basuras e inmundicias sean cerradas y puestas en sus casas en cestos y cuévanos para que sean llevadas, después, fuera de la citada ciudad y sus alrededores . (La Porte, D. 1989, 112)

Con la publicación de un edicto así, La Porte considera que el Rey de Francia obligaba al público a mantener limpia la ciudad en correspondencia a las tres

exigencias de la civilización: “limpieza, orden y belleza”. Todo lo opuesto o lo contrario a estas tres exigencias se ubicaba en la etapa de la mierda. El mal hablar, la falta de higiene en las personas, en las calles y en las viviendas y el desorden todo se consideraba como que la sociedad aún no había llegado a la civilización.

El estudio que realiza Dominique La Porte, desde una perspectiva psicoanalítica tiene como referencia la vida cotidiana en París, describe desde las representaciones simbólicas del excremento humano hasta los hechos de Estado y los hábitos de excretar a campo abierto no solo por la población, sino también por las reinas y princesas en los años de 1500. Dominique analiza el excremento humano como parte de múltiples relaciones; de las relaciones sociales, las relaciones entre el Estado y las sociedades con sus actitudes y prácticas; incluso encuentra relaciones con lo sagrado y lo profano; identificando la existencia de una “mierda buena” en cierto modo de una mierda sagrada

En la historia del excremento humano y del status que las poblaciones le asignan en la vida cotidiana, se encuentran una diversidad de creencias y actitudes. En este campo, el cambio de actitud más importante en la historia de la humanidad es la introducción del asco. El asco al excremento humano, como una actitud colectiva, que identifica a las comunidades y sociedades, es una construcción social. El asco está relacionado a las diferencias sociales, étnicas y raciales; aparentemente habría sido un elemento importante que estimulaba la decisión de eliminar al diferente; pero el asco al excremento humano; específicamente el asco de una comunidad al excremento de sus miembros estaría relacionado a las civilizaciones y a la sociedad moderna. En occidente, definitivamente es a partir del desarrollo de las ciudades, que concentra personas de diversas procedencias sociales, étnicas y raciales (Hannersz, U. 1986), (Serrano, 1994); y del renacimiento, que fue una época de uso y convivencia con el excremento según el estudio de las fiestas de carnaval y de las fiestas populares que hace Mijael Bajtin a partir del análisis de la novela Gargantúa y Pantagrúel de Francois Rabelais. (Bajtin, M., 1999) (La Porte, D. 1989). El asco ha sido estudiado por científicos y literatos por su aparente importancia en la vida de las sociedades esto es lo que procura destacar Lina Ben-Zvi en su artículo debates sobre el asco, hecho que lo define como “una emoción central que contribuye a la estructuración de los diferentes órdenes sociales, morales y políticos” (Ben-Zvi, 2013)

El estudio exploratorio y descriptivo que desarrolla Gregory Bourke en su libro **Escatología y civilización** a partir de la observación directa de centenares de pueblos que transcurren entre el salvajismo y la barbarie del estadio superior; del análisis de testimonios de amigos viajeros, médicos, científicos y exploradores que además le envían cartas y libros desde lugares inimaginables de los cinco continentes, más la lectura de textos antiguos de Grecia y Roma nos lleva, entre otras, a tres conclusiones básicas. En primer lugar, se trata de un libro de carácter global y local impresionante para la época en que se escribe; con fuentes de primera mano que el mismo recoge en el territorio de Estados Unidos y de testimonios confiables procedentes de Australia, China, del cercano y medio oriente; de las colonias de Inglaterra, Holanda y Francia y otros, que le permite producir el libro. En segundo lugar, nos esboza la idea de que las creencias acerca del excremento humano, como fuente de beneficios para calmar dolores, recuperar la salud, cuidar el cuerpo, la protección de la vida, incluso para ahuyentar brujerías y los malos espíritus y el logro de un destino feliz; tuvieron un carácter casi universal en las comunidades rurales, en los pueblos antiguos y entre los maestros, chamanes, y curanderos de las sociedades tradicionales, al parecer la habrían tenido casi todas las comunidades del mundo; cada cual con sus propuestas de aplicación para enfrentar diversas enfermedades. Los nativos de Norteamérica utilizaban según los casos orines, excremento humano y excremento de una variedad de animales según los tipos de enfermedad, las necesidades del cuerpo o del espíritu. Por otro lado, Bourke recopila muchas recetas en base al excremento humano, a la orina y al excremento de aves y de una gama de animales a partir de la observación y de los testimonios de los maestros curanderos de Norteamérica y luego a partir de una gama de documentos extrae recetas y explicaciones sobre el uso del excremento humano y de excrementos de animales de los archivos y libros de famosos médicos de la época clásica de Roma y Grecia, que lograron sistematizar y sintetizar el saber acumulado de varios miles de años de la sociedad antigua. En tercer lugar, John Gregory Bourke nos propone implícitamente que la actitud de asco al excremento humano no ha sido universal, ni de todos los tiempos; que no concuerda con el comportamiento general o característico de todas las comunidades del pasado, anteriores a la civilización; en buena cuenta no sugiere que el asco fue casi excepcional hasta que se produjo el arribo de las epidemias, a partir del siglo X en Europa y sobre todo a partir del Renacimiento; de esta conclusión se deduce que el asco al excremento humano,



como actitud, es un signo civilizatorio; aparece en las civilizaciones del mundo; pero como una actitud universal y global fue por obra y gracia de los europeos, a partir de los descubrimientos geográficos. Como signo de distinción, o de status, se instala en el habitus (Bourdieu, P. 1998, pp. 169-182) de la sociedad moderna en su imposición sobre la sociedad rural y tradicional.

Nuestra investigación no se propuso hacer un recuento histórico acerca de la cultura alrededor del excremento humano; sino centrar la atención en torno a un escenario social y cultural no estudiado, con problemas sanitarios relacionados a la débil atención del Estado, a la situación de pobreza y a la confluencia y concentración de costumbres, creencias y actitudes diversas frente al excremento humano, que se presentan, con sus particularidades, en miles de asentamientos humanos en Lima y en una centena de ciudades intermedias del Perú. La particularidad más importante de este escenario es la confluencia de fuerzas sociales con el encuentro de personas de diversas procedencias, que producen y reproducen costumbres, creencias y actitudes acerca del excremento humano en una comunidad urbana inmersa en una mega ciudad, como Lima, capital del Perú, en una época de globalismo donde la diversidad cultural viene dando paso a discursos y comportamientos cada vez más homogéneos en el ámbito mundial, como los que se formulan ante el excremento humano.

El encuentro y la interacción de elementos culturales enraizados a sociedades de distintas etapas históricas y de diversas culturas, son observables tanto en el escenario de estudio de esta tesis, como en la sociedad, en varios planos de la vida; desde lo más sagrado hasta lo más laico, tal como sucede con el sincretismo religioso, resultado de la fusión y recreación del cristianismo, la religiosidad andina y la religiosidad popular en el Perú, que analizan los antropólogos peruanos Marzal, Manrique, Millones y otros. También se percibe en el cuidado cotidiano de la salud, tanto en las clínicas como en la vida familiar; en los que se practican diagnósticos y tratamientos con tecnologías de última generación a pacientes muy exigentes, incluso con altos niveles de instrucción, sin abandonar ni renunciar a prácticas tradicionales como la pasada de cuy (Reyna, 1989) para diagnosticar enfermedades, la “mantada” para corregir la posición fetal, los baños de florecimiento, y los brebajes con yerbas peruanas como parte de la intervención tanto de las abuelas, de las empleadas domésticas y de los “caseros”, así como de los “pulseros”, “hueseros”, yerberos, “comadronas”, chamanes, brujos y maestros (Polia, 1989), que algunos médicos

consideran como un complemento que puede permitirse, porque puede aliviar algunos síntomas. Por eso, mientras en las clínicas la parálisis facial y las picaduras de araña y víboras reciben tratamientos especiales basados en la farmacología y en productos industriales bio-químicos; en las comunidades, según testimonio de los comuneros de Chocos, Lambras y el Guayabo en la provincia de Yauyos, estos males se curan con emplastos y brebajes preparados con excremento humano y yerbas medicinales. (Testimonios recogidos por los estudiantes del curso de Sociología Rural de la UNMSM, 2010)

El enfoque de las características culturales de los pobladores de San Gabriel Alto exige tener en cuenta el contexto histórico de cambios locales y globales para poder comprender la diversidad de costumbres, creencias y actitudes con relación al excremento humano en una ciudad como Lima, que contiene al mismo tiempo zonas urbanas coloniales y modernas; zonas residenciales altamente exclusivas, habitadas por familias de procedencia europea y de las clases medias y altas tradicionales, con zonas periféricas de asentamientos humanos de pobreza con construcciones precarias y servicios deficitarios, en la que habitan pobladores provenientes de todo el Perú, de grandes y pequeñas ciudades, de comunidades rurales, tradicionales, indígenas y empobrecidas. Esta complejidad de las diferencias y procedencias étnicas y sociales en Lima se puede graficar de manera simplificada en el título del libro de Arellano y David Burgos *La Ciudad de los Reyes, de los Chávez, los Quispe* (Cueva y Burgos, 2003) en la que describe la confluencia de una variedad de estilos de vida derivada de una gama de factores sociales.

Pero es importante tener en cuenta una visión más amplia de los antecedentes, las procedencias y el mundo actual de las sociedades, de los grupos étnicos, de la situación epidemiológica actual local y mundial, de la cultura acerca de las enfermedades; de los remedios naturales e industriales. En este sentido, es importante considerar el estudio particular de las creencias, costumbres y actitudes acerca del excremento humano que siente y piensa una comunidad urbana de Lima en un escenario social de transición global y local, para ver sus posibilidades de continuar o retomar, o recrear prácticas de las comunidades rurales, antiguas, incluso anteriores a la civilización; con relación a estas posibilidades Eudocio Sifuentes en un artículo publicado por la Revista Sociología N°24 de la UNMSM, señala:

Es difícil la continuidad o la recreación del uso de la orina y de los excrementos para enfrentar las enfermedades consideradas poco graves o muy graves y catastróficas, sean de corta o larga duración; de poco o alto costo. En primer lugar, por el contexto urbano, por los estilos de vida; por la expansión universal de una cultura del asco; la cerrada confianza en los fármacos alentada por los laboratorios y la prensa; el uso de los servicios oficiales de salud... (Sifuentes, E. 2014, p. 250)

El estudio acerca de las costumbres, creencias y actitudes que asumen las poblaciones en torno al excremento humano no está en la agenda de la comunidad científica nacional; ni hay investigaciones al respecto publicadas en los últimos 20 años, confirmado en la revisión por lo menos una decena de buscadores de revistas indexadas, científicas. Sin embargo, es posible la existencia de estudios que incluyen el tema como referencia o comentario. De este modo el antropólogo Luperio Onofre Mamani de la Universidad Nacional del Altiplano comenta el uso del excremento humano en algunas líneas de un artículo acerca de la Medicina Tradicional Aimara:

El excremento del recién nacido se utiliza para extirpar las alteraciones en la coloración de la piel de la cara (melasma o cloasma) de la parturienta. La grasa del recién nacido para las cicatrices. El excremento humano o excremento de chancho para corregir las deformaciones de la cara. La orina es el principal elemento biológico que se usa en las enfermedades de inflamación y dolores de estómago (Onofre Mamani, L., 2012, p.54)

Lima, es una ciudad donde se produce el encuentro del Perú, la raíz de sus pobladores provienen de todos los confines, distritos y pueblos; desde sus inicios ha sido una ciudad de migrantes, portadores de una diversidad cultural que complejiza lo real y lo ideal. Así por ejemplo, los vínculos se sostienen a partir de lo que los pobladores juzgan en el discurso como hechos normales; aunque en la práctica hagan lo contrario. Por un lado, hacen negocios con la lógica, los límites y los valores de la banca y el comercio formal, usan los medios tecnológicos de comunicación; actúan aceptando las reglas de juego de las instituciones legales; pagan y aceptan la dinámica de los servicios públicos, se declaran ciudadanos y defienden sus derechos que la Constitución garantiza; pero por otro lado, y al mismo tiempo, resuelven sus

necesidades de vivienda, de servicios de agua, luz y alcantarillado, de trabajo y generación de ingresos a través de medios de carácter comunitario, mediante acuerdos individuales, de grupo y de colleras, fuera del ámbito legal y estatal; a veces en forma masiva generando multitudes, desbordando y poniendo en crisis al Estado, tal como nos explica el Antropólogo José Matos Mar en sus libros acerca del desborde popular de 1984 y del Estado desbordado y Sociedad Nacional Emergente del 2011 (Matos, J., 2011). De tal manera que los estilos de vida se bifurcan por el impacto de fuerzas sociales como la economía, la desigualdad, la educación, la religión y los gustos; pero en las circunstancias de crisis personal, en la enfermedad, en el abandono social y familiar, se apela o se aferran como el recurso máspreciado a las prácticas, a las ideas y al imaginario familiar y local, regulando, desde estas circunstancias la relatividad de los procesos de vida en una mega ciudad, marcando una gama de desencuentros en la cultura y los cambios sociales.

Es importante tener como referente la diversidad cultural en el análisis de los comportamientos; además considerar como cultura ideal a lo legalmente aceptado por las instituciones de la comunidad, de la iglesia, de la Escuela, del trabajo formal y del Estado; y como cultura real, todas las prácticas, que no se dicen, pero que se hacen. Así por ejemplo, miles de personas en San Gabriel, tal como sucede en todo el Perú, usan los orines para diversas situaciones; pero se estima que menos del 1% de los que acuden a los establecimientos de salud, informa el uso de dicho producto al médico o al personal del establecimiento al momento de su atención. En estas circunstancias, es difícil calcular el porcentaje de pobladores que hacen uso del excremento humano; como también es difícil estimar el porcentaje de personas que practican la defecación a campo abierto, porque nadie lo dice, ni lo comenta; sin embargo, en los alrededores de cada asentamiento humano, como en San Gabriel Alto y como en la mayoría de las ciudades del Perú se encuentran en extensas zonas, al aire libre, excrementos secos y frescos mostrando, que dan forma a la existencia de verdaderos cagaderos públicos, como espacio público, usado exclusivamente para el ejercicio de una práctica cotidiana, de una costumbre real, que nunca ha sido declarada, ni mucho menos justificada por los pobladores y que el Estado sabiendo a través de sus instituciones de salud, de vivienda no se contrapone ampliando la cobertura de agua y alcantarillado hacia estos sectores; como tampoco la Municipalidad no encuentra otra alternativa para limpiar cada mañana quintales de excremento que dejan residentes y transeúntes del centro histórico de Lima.

Se trata entonces de un escenario en transición, complejo y difícil donde destaca una población emergente con formas y estilos de vida que corresponden a diversos tipos de desarrollo social y a culturas de carácter global (Bech, 2000, Sifuentes, E., 2009) y local (Sing y Hisiao, 2002 ), tradicional y modernas; que además, nutren la existencia de una cultura ideal y de una cultura real, que se problematizan aún más en los asentamientos humanos lo que nos obliga para su estudio abordarla integralmente, atendiendo todos los aspectos de la vida social y de la vida cotidiana, incluyendo lo obvio, lo que aparentemente no tiene sentido, lo negativo o lo miasmático.

Como parte de esta realidad, es importante destacar los cambios acelerados en la atención y el mejoramiento de la salud humana (Arroyo 2003). De una mayor prevalencia de las enfermedades transmisibles a nivel mundial hemos pasado, con el globalismo y la modernización, a una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas, degenerativas, ocupacionales y mentales, tal como se observa en los registros de salud especialmente de los países desarrollados. En los países pobres, como el Perú, especialmente en las urbes, se experimenta una acelerada reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles, y al mismo tiempo un aumento acelerado de las enfermedades degenerativas con lo cual el panorama se complejiza. Para explicar estos cambios en el ámbito global y regional se han planteado en la Salud Pública algunas teorías como la “transición epidemiológica”, la “transición sanitaria” y la teoría de la transición de riesgos (Bernabeu y Robles, 2000).

Desde la perspectiva histórica es importante considerar los estudios de Georges Vigarello, acerca de Lo Limpio y Lo Sucio (Vigarello, 1991); y sobre todo acerca de las epidemias en el Perú y América Latina realizados por Marcos Cueto y Eduardo Zárate (Zárate, 2003); quien recurre en su trabajo a fuentes primarias y al uso de un razonamiento epidemiológico y sociológico en el análisis de la higiene en Lima en el siglo XIX, a los estudios acerca de los botaderos de basura, acequias y gallinazos (Lossio, 2003) entre otros que tienen como escenario Lima del siglo XIX. El estudio histórico acerca de la epidemia de la fiebre amarilla en Lima con un enfoque epidemiológico y sociológico que hace el Dr. Eduardo Zárate (Zárate, E. 2014). La importancia de estos estudios radica en sus referencias a las prácticas, hábitos y actitudes de la población desde el enfoque de la higiene. Sin embargo, a diferencia de éstas, nuestra investigación se aplica en la misma ciudad, pero 120 años después, con

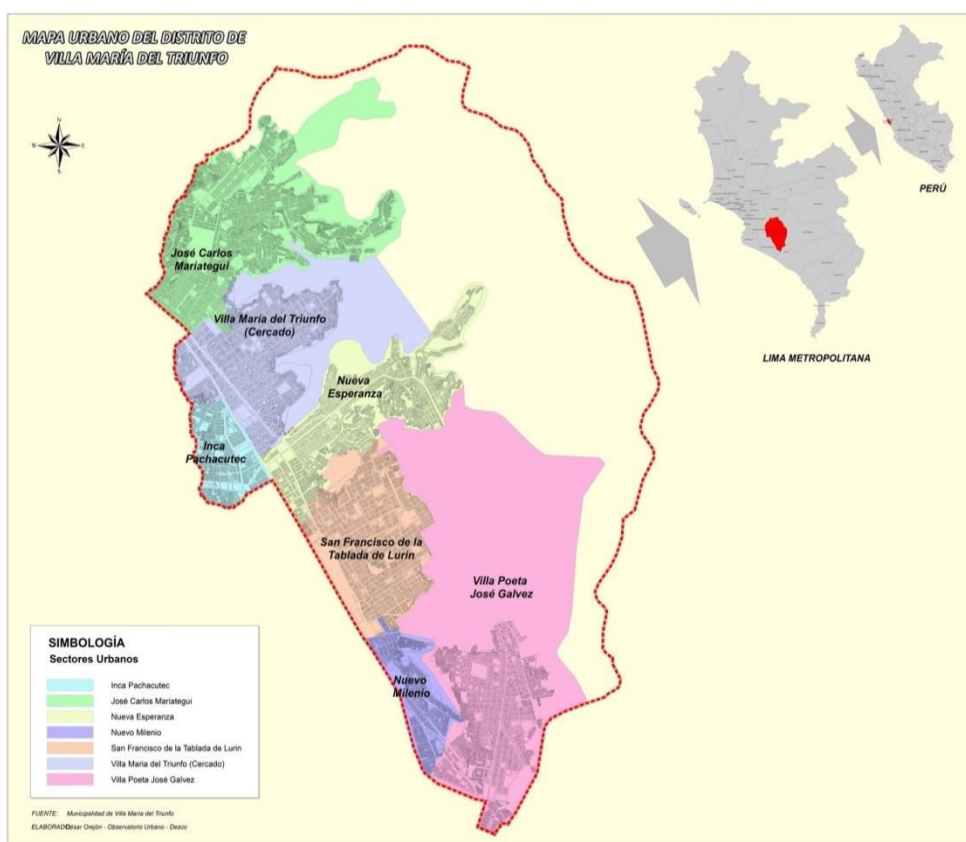
una población actual 100 veces mayor, ya sin acequias superficiales en el centro histórico, pero con los mismos problemas sanitarios, de higiene y de enfermedades transmisibles a las que se suma el despegue y rápido crecimiento de las enfermedades crónicas, degenerativas y cancerígenas, que están dando lugar a respuestas múltiples, a estrategias y sistemas de salud basadas en las políticas sociales desde el Estado y a una gama de reacciones empíricas, informales provenientes de prácticas arcaicas, tradicionales, religiosas y chamanísticas desde los escalones más pobres, con bajos niveles de educación, excluidos de los servicios, de la información y comunicación, del mercado y de las oportunidades de movilidad.

### **2.2.1 *Marco de referencia***

San Gabriel Alto se ubica en el Distrito de Villa María del Triunfo, fundado en 1961 y donde se produjo la primera invasión de lo que hoy se conoce como Tablada de Lurín en 1919 (Meneses, 1998); su población fue creciendo con las invasiones masivas desde la década de 1950 y sobre todo de los 60 y 70. En la actualidad, este distrito tiene una extensión territorial total de 70.57 Km<sup>2</sup>, formada básicamente por arenales y cerros pedregosos con una zona urbana aproximada de unas 2,000 Has (20Km<sup>2</sup>), que se extienden entre los 200 y los 800 m.s.n.m. Por el norte, limita con el distrito de San Juan de Miraflores; por el Este, con el distrito de La Molina; por el Sur, con los distritos de Lurín y Pachacamac y por el Oeste con Villa El Salvador. El distrito está organizado en seis zonas.

El proceso de urbanización del distrito, se ha desarrollado a través de la ocupación progresiva de manera individual por parte de vecinos o familiares; pero también mediante invasiones masivas, que luego la Municipalidad distrital iba identificando y ordenando los espacios ocupados en siete zonas, cada una de las cuales se dividen en asentamientos humanos y urbanizaciones y éstos a su vez en etapas. San Gabriel Alto se encuentra en la zona denominada “José Carlos Mariátegui” ubicada al extremo norte del distrito. San Gabriel Alto sigue el curso de la avenida José Carlos Mariátegui, hacia la parte alta en el Este, que vendría a ser la cabecera de la quebrada con una treintena de asentamientos humanos que son articulados por los servicios de salud desde el Puesto de Salud “San Gabriel Alto” y el Puesto de Salud “Limatambo” que refieren al Centro de Salud “José Carlos Mariátegui” y éste

a su vez a la Micro red del mismo nombre de la Dirección de Salud de Lima Sur. Los asentamientos de la IV y V etapa se formaron entre las décadas de 1990 y del 2010, sus calles están parcialmente pavimentadas; tienen escaleras y caminos de herradura para subir a los asentamientos que se encuentran en las laderas; aproximadamente el 60% de las viviendas están en construcción; de éstas la mitad tiene piso de tierra y/o techo de material precario. Además, el 30% de las viviendas no tiene acceso a la red pública de los servicios de agua y desagüe.



**Figura 1. Mapa del Distrito de Villa María del Triunfo**

**Fuente:** Municipalidad de Villa María del Triunfo

Estos son los asentamientos humanos ubicados entre la IV y V Etapa de San Gabriel Alto de Villa María del Triunfo: Tiwinza-Perú, Ampliación Municipal, Antonio Raimondi, 14 de Enero, Ampliación Manuel Castillo, Las Américas, Las Malvinas, Villasol, Villa Hermosa, Emilio Ponce Huanay, La Cumbre, Torres de Mina, Lomas de Minas, Agrupación Familiar El Mirador, Vista Alegre, Villa La Alborada, Defensores de la Familia, El Paraíso, La

Capilla, La Pradera, Proyecto Integral 2000, Virgen Guadalupe. En total, son 23 asentamientos vinculados al **Puesto de Salud San Gabriel Alto** con una población total de 7,413 habitantes.

Asociación Cachuy, Cerro Verde, Fernando Belaunde Terry I, Fernando Belaunde Terry II, La Florida, La Merced, Las Antillas, 3 de Marzo, 24 de Junio, Villa Limatambo, La Florida, Tres de Mayo, Unión Santa Rosa, Villa Monte Bektu, Señor de Los Milagros, Virgen de Cocharcas, 9 de Diciembre. Son 17 asentamientos vinculados al **Puesto de Salud Villa Limatambo** con una población total de 8,789. En su conjunto, los 40 asentamientos humanos que integran el área de estudio, con un universo poblacional total de 16,202 habitantes con un porcentaje femenino de 50.92%. A su vez este universo constituye el 15.30% de la población total de la Zona I “José Carlos Mariátegui” del Distrito de Villa María del Triunfo en Lima Sur.

Todas las grandes invasiones entre 1950 y 1980 del territorio de lo que hoy constituye el Distrito de Villa María del Triunfo fueron formadas por migrantes procedentes de las comunidades rurales y de los pueblos de todo el Perú, especialmente de la sierra centro-sur; la participación de limeños o los hijos de éstos en las invasiones era mínima, según los testimonios de los invasores se estima que no pasaban del 1% del total. En cambio, a partir de los 90, y sobre todo del 2000 éstos pasaban del 30% es decir más de la tercera parte ya eran limeños, hijos de limeños y/o hijos de provincianos. Por otro lado, se estima que más de la mitad de estos invasores tuvieron como residencia anterior la Primera, Segunda o Tercera Etapa de San Gabriel Alto; en este sentido, se observa en las nuevas generaciones una menor movilidad social y geográfica comparada con las anteriores. Las nuevas generaciones, que nacieron, crecieron y establecieron sus propias familias estarían protagonizando un cambio generacional sin movilidad social ascendente, sin movilidad geográfica distrital mucho menos provincial o departamental como lo hicieron sus padres o sus abuelos. En estas condiciones son mayores las probabilidades de continuar y fortalecer la cultura de sus ancestros con relación al excremento humano y a las costumbres religiosas, comunitarias y familiares, estableciendo matrimonios especialmente endogámicos. Este fenómeno se registró con la aplicación de las primeras guías de observación;



además se observó en otros asentamientos del Distrito, lo que le permitió analizar y explicar al Sociólogo Max Meneses en un artículo de sistematización del trabajo de intervención social del estudio de factibilidad del proyecto de inversión en agua y alcantarillado de los asentamientos del ámbito de estudio (Meneses, M., 2010)

En buena cuenta las partes altas de San Gabriel Alto, forman un espacio donde confluyen pobladores de diversas procedencias regionales y locales; urbanas y rurales; culturales y generacionales; pero que están muy estrechamente relacionados por su procedencia, por vínculos familiares y comunitarios, por enfrentar problemas comunes como la pobreza, la situación de exclusión de los servicios de salud, agua y saneamiento básico, son personas que los acosa las mismas enfermedades, sufren el ambiente de violencia, robos en la forma de cogoteo y monra; y los ataques de las pandillas callejeras; experimentan los mismos sufrimientos para abastecerse de agua y para cavar los cerros pedregosos para instalar sus letrinas y también los une la situación de tener pocas oportunidades de trabajo productivo y de un ingreso decente. Estas condiciones han llevado a los pobladores a delimitar y cristalizar una gama de prácticas, hábitos y costumbres más o menos comunes, en concordancia con el contexto inmediato, pero también con las trayectorias de vida, el nivel educativo alcanzado, vinculados con diversos planos de la cultura tradicional y regional de sus ancestros y de una cultura popular de sus comunidades urbanas a la que se agrega elementos de una cultura global de la sociedad moderna del siglo XX y XXI.

En el contexto seleccionado es evidente el déficit y la deficiencia de los servicios de agua y saneamiento básico, que da lugar a problemas de salubridad y a una alta incidencia de enfermedades transmisibles. Se trata de un problema que afecta aproximadamente al 8% de la población actual de la ciudad de Lima y que el Estado ha comenzado a poner interés en superar el asunto sobre todo a partir del 2002 por la presión y los reclamos de la sociedad ante el deterioro de su propia salud, o ante el estallido de epidemias. Históricamente el Estado peruano pocas veces tomó la iniciativa de enfrentar estos problemas de manera sostenida, apareciendo como un ente que implícitamente aceptaba convivir con la insalubridad, al no establecer políticas de desarrollo y presupuestos para los servicios de agua y

alcantarillado especialmente para los distritos populares; aunque en términos explícitos, se presentaba como un Estado interesado en dar respuesta a la demanda de los servicios básicos.

Es ilustrativo el análisis que desarrolla el doctor Eduardo Zárate Cárdenas en torno a la higiene en Lima durante la primera mitad del siglo XIX, para cuyo fin utiliza fuentes de información de dicha época (Zarate, E., 2003).

Las ciudades virreinales tenían una pobre higiene. El agua corría por angostas acequias en donde era fácil su contaminación por el polvo, los microorganismos de basuras, deyecciones de los cuadrúpedos (...) En estas condiciones, Lima reunía todo lo necesario para el desarrollo de enfermedades transmitidas: vectores que se desarrollan en aguas estancadas (Fiebre Amarilla), por la ausencia de un adecuado sistema de agua (cólera, disenterías) por la acumulación de basuras (peste) y la ausencia de un sistema sanitario efectivo que otorgara protección mediante vacunas (viruela, sarampión). (Zarate, E. 2003).

Los problemas de salubridad, el déficit y la mala calidad de los servicios, estuvieron asociados a la prevalencia de una de enfermedades contagiosas y a las altas tasas de morbilidad. La suciedad y la enfermedad no sólo afectaron a Lima de manera tan prolongada, desde la colonia, durante la etapa republicana, desde sus inicios y en la situación actual, también vivieron así, con mayor o menor intensidad, muchas ciudades antiguas, como las europeas, causando malestar y sufrimiento entre las personas tal como describe Richard Sennett (1997) en su libro *Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental*.

A la luz de las experiencias vividas en la historia de San Gabriel Alto y en otros contextos es factible considerar el déficit y las deficiencias de los servicios básicos como factores que estarían condicionando las prácticas de fecalismo a campo abierto en el ámbito rural y en el ámbito urbano, por un lado y por otro al uso de letrinas, silos o pozos pestilentes y mal manejados,

es decir al desarrollo de prácticas y hábitos favorables a la generación de epidemias y al deterioro de la vida y la salud de los pueblos.

Considerando la información estadística acerca de las necesidades básicas insatisfechas según la encuesta demográfica y de salud familiar del INEI (INEI, 2000), la problemática descrita parece afectar no solo a Lima, sino a casi todas las provincias del Perú, tanto en las grandes ciudades, como en las pequeñas localidades. Según trabajadores de la Municipalidad de Vitarte, defecar a cielo abierto, también lo hacen personas que cuentan con servicios de agua y desagüe en sus viviendas; lo que podría llevarnos a pensar que no solo es el mencionado déficit de los servicios lo que induce a tales prácticas; sino también a la existencia de formas contradictorias de percibir el excremento humano.

La historia de las epidemias del cólera nos demuestra la peligrosidad de las prácticas de fecalismo a campo abierto, y del mal uso de silos y pozos (Lilian, 1996), cuando analiza el cólera en los barrios de Guadalajara a mediados del siglo XIX; obviamente se supone que el riesgo sería mucho mayor en las ciudades de mayor densidad. El problema es conocer si las personas que practican el fecalismo a campo abierto son conscientes de esta peligrosidad, a pesar de que en los asentamientos humanos en estudio se vienen desarrollando, desde mediados de los ochenta, programas de promoción de la salud con un fuerte componente de educación sanitaria (Salazar, 1989), impulsados tanto por el MINSA como por las ONGDs, las organizaciones vecinales, los comedores populares y los clubes de madres. Si a pesar de estos programas, de la influencia de la radio, la televisión y la escuela hay persistencia de hábitos no sanitarios, entonces podría suponerse la sobre vivencia de un porcentaje importante de sectores renuentes a aceptar la cultura sanitaria de la ciudad y la modernidad, a vivir en concordancia con la civilización de Freund y Norbeth Elías; esta situación nos plantea el desafío de explorar las creencias, las ideas, la subjetividad y las mentalidades de los actores involucrados en esta problemática.

## CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

### 3.1 Tipo de estudio y diseño de investigación

#### 3.1.1 *Tipo de estudio*

Se aplicó un estudio de alcance exploratorio y descriptivo; observacional, transversal prospectivo y de enfoque mixto cuali-cuantitativo

Exploratorio, porque aborda un tema poco estudiado; no se encuentra en la agenda de investigación y tiene escasa atención en las publicaciones científicas, solo como tema subsidiario. Además, “los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado (...) o no se ha abordado antes” (Hernández, R, Fernández, C., Baptista, P. 2014, p.91)

Es Transversal, o de corte transversal, por cuanto las variables se miden en un solo momento. Y es prospectivo ya que “la Información se colecta después de la planeación, de fuente primaria en el futuro (Ej. Entrevistas)” (Tamayo Calderón, J. 2002, p.22)

#### 3.1.2 *Diseño de investigación*

Se aplicó una investigación de enfoque mixto, cuali-cuantitativo; con elementos, definidos por expertos en metodología, que corresponden a un diseño “concurrente o en paralelo” con elementos de un diseño de estudio de casos tipo. Se define como concurrente, “porque se aplican ambos métodos de manera simultánea (los datos cuantitativos y cualitativos se recolectan y analizan más o menos en el mismo tiempo)” (Hernández Sampieri, R., Fernández, C., Bap,P.,2010, p.559) lo que facilita pasar, por ejemplo de la encuesta a la entrevista cuando en pleno

proceso de aplicación de la encuesta, se descubre una persona muy interesada en ampliar sus vivencias y dar más información acerca de sus experiencias frente al excremento humano.

Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (meta inferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Hernández Sampieri, R., Fernández, C., Bap, P., 2010, p.546)

En lo cuantitativo se aplicó una muestra probabilística por conglomerados; mientras que en lo cualitativo se aplicó una muestra de estudios de casos tipo.

### **3.2 Unidad de análisis**

Habitante o poblador residente de la IV y V etapa de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo, de 18 a 80 años de edad, hombre o mujer.

### **3.3 Población de estudio**

La población está constituida por 16,202 habitantes de 18 a 80 años que habitan los asentamientos de la IV y V etapa de San Gabriel Alto, del distrito de Villa María del Triunfo. San Gabriel Alto integra la Zona I “José Carlos Mariátegui”, la cual tiene una población de 105898 habitantes, mientras todo el distrito tiene una población total de 378470 habitantes. La población seleccionada para el estudio constituye el 15.30% de la población zonal, según información estadística trabajada por los establecimientos de salud del MINSA, que operan en la zona.

Cuadro 1.  
*Población de San Gabriel Alto según edades*

Edad	N°	%
De 6 a 17	22672	21.41
18 a 64	65567	61.92
65 a 80 y mas	6157	5.81
Total	105898	100

FUENTE: MINSA. Dirección de Salud. Lima Sur 2014

Cabe anotar, que en esta investigación se aplicaron las técnicas de: observación, entrevista, focus group, y encuesta. Los resultados obtenidos fueron directamente de la misma población de estudio, es decir de los habitantes que se encuentran entre los 18 y 80 años que residen en uno de los 40 asentamientos humanos ubicados en la IV y V etapa de San Gabriel Alto, del distrito de Villa María del Triunfo.

### 3.3.1 *Criterios de inclusión y exclusión*

#### 3.3.1.1 *Criterios de inclusión.*

- Habitante de la IV y V etapa de San Gabriel Alto (Distrito Villa María del Triunfo).
- Hombre o mujer entre 18 y 80 años de edad.

#### 3.3.1.2 *Criterios de exclusión.*

- Habitante que no desea ser encuestado.
- Hombre o mujer menor de 18 años o mayor de 80 años de edad.
- Personas que no tienen residencia permanente en la IV o V etapa de San Gabriel Alto.

## 3.4 **Tamaño de la muestra**

De acuerdo al enfoque de investigación mixta, se incluyeron dos sub muestras. En el componente cualitativo, se trabajó con una muestra no

probabilística; y en lo cuantitativo se trabajó con una muestra probabilística por conglomerados. Éstas se distribuyeron de la siguiente forma:

En lo cualitativo:

- *Entrevista*  
10 entrevistas a pobladores residentes de la IV y V etapa de San Gabriel Alto, del distrito de Villa María del Triunfo.
- *Focus Group*  
03 Focus Group con pobladores residentes de la IV y V etapa de San Gabriel Alto, del distrito de Villa María del Triunfo.
- *Observación*  
180 viviendas con sus residentes y al espacio público de 14 asentamientos humanos de la IV y V etapa de San Gabriel Alto.

En lo cuantitativo:

- *Encuesta*  
387 encuestas

Para la parte cuantitativa se procedió con el cálculo del tamaño de muestra donde se utilizó la fórmula para población finita, considerando una población de 16,202 habitantes entre 18 a 80 años de edad con una prevalencia del 50%, nivel de confiabilidad del 95% y error de precisión 4.97%. Resultando un tamaño de muestra de 387 habitantes para el periodo de estudio.

Para el cálculo de la muestra con población finita o conocida se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Dónde:

Tamaño de población:	N=16202
Nivel de Confianza (95%):	Z $\alpha$ =1.96 (valor estándar para un nivel de confianza del 95%)

Proporción a favor:	$p=0.5$ (o $p=50\%$ es el valor estándar cuando se desconoce una proporción anterior)
Proporción en contra:	$q=0.5$
Error de precisión del estimador:	$d=0.0497$ (es el error máximo admisible)
<i>Reemplazando</i>	$n = 387$

### 3.5 Selección de muestra

La muestra del estudio, incluyó dos sub muestras. En la parte cualitativa se aplicó una muestra no-probabilística, “concurrente o en paralelo” a las personas interesadas en contar sus experiencias y a dar más información de lo que se les pedía durante la aplicación de la encuesta. En la parte cuantitativa, el tipo de muestreo fue probabilístico por conglomerados, y la técnica de selección fue aleatoria. Esta muestra se ejecutó con la aplicación de 387 encuestas en 40 asentamientos ubicados entre la IV y V etapa de desarrollo urbano de San Gabriel Alto. Para la distribución del número de encuestas, los asentamientos fueron ordenados desde los que tienen menos a los que tienen más viviendas habitadas, a fin de asignarles una cuota muestral de acuerdo al tamaño poblacional. Solo se aplicó una encuesta por cada vivienda seleccionada hasta completar la muestra, cumpliendo los criterios de inclusión y no exclusión.

### 3.6 Técnicas de recolección de datos e instrumentos

#### 3.6.1 Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de la información se aplicaron las siguientes técnicas: Observación, focus group y entrevistas desde el enfoque cualitativo. Las entrevistas se aplicaron con una muestra no probabilística; ya que solo se aplicó a las personas que demostraron interés por contar en detalle las creencias que conocían en torno al excremento humano. Se logró encontrar estas personas durante la aplicación de las encuestas, la misma que traía alternativas cerradas para casi todas las preguntas. Pero cuando los encuestados daban más



información, de la que se indagaba con la encuesta, sobre todo cuando sentían la necesidad de proporcionar más información al encuestador y de contar sus experiencias vividas tanto en sus comunidades de origen, como en los procesos de invasión y organización de su asentamiento humano y las costumbres que vivieron en esos contextos con relación al excremento. Pasar de la encuesta a la entrevista de manera inmediata fue legítimo en el proceso investigativo además de estar en concordancia con el enfoque de investigación mixta, que se caracteriza por ser una “Investigación concurrente”; la misma que permite pasar de preguntas cuantitativas a preguntas cualitativas orientadas a “describir experiencias”, vivencias o a “describir sus sentimientos” (Hernández Sampieri, R., Fernández, C., Bap, P., 2014, p.540-541)

Desde el enfoque cuantitativo, la técnica de recolección aplicada en la investigación fue la encuesta; para lo cual se diseñó un cuestionario con 44 preguntas derivadas de la operacionalización de variables y de la matriz de consistencia. Se aplicaron 387 encuestas de acuerdo al tamaño de la muestra. En este caso se aplicó una muestra probabilística.

### ***3.6.2 Instrumentos de recolección***

En cuanto a los instrumentos de recolección, también se definió de acuerdo al enfoque de investigación y la técnica de recolección.

Para la parte cualitativa, los instrumentos de recolección fueron: la guía de observación, la guía de entrevistas y la guía de focus group.

- ***Guía de observación***

La guía se aplicó en la observación de 180 viviendas y el espacio público de catorce comunidades urbanas de la IV y V etapa de San Gabriel Alto, enfatizando, en éstos, los espacios usados para arrojar residuos sólidos, aguas servidas, como también para miccionar y excretar, huellas y olores de excrementos; así se descubrieron en las alturas y la periferia de algunas comunidades urbanas una especie de cagaderos públicos, donde grupos de mujeres con sus hijos pequeños practican la descarga a campo abierto. Las viviendas observadas hasta el 2014 estaban en proceso de construcción con

avances desiguales del 20% al 70%. También se pudo observar los interiores, sobre todo porque había amplia apertura por parte de sus moradores y de sus dirigentes, en tanto que les interesaba recibir ideas acerca de la distribución de sus habitaciones y la ubicación de sus sanitarios para continuar con la construcción definitiva de sus viviendas, especialmente aquellas que se encontraban cerca o sobre espacios rocosos y en pendiente aguda. Por otro lado, se consideró fundamental observar la topografía del ámbito de estudio, sus calles, pasajes, caminos de herradura, en el proceso de aplicación de la guía de observación se consideró necesario incluir por su singularidad los espacios públicos para caminar, divertirse, pasearse y también para defecar.

De tal manera que no solo se cumplieron los objetivos de la guía; sino que se enriquecieron en el proceso. Se observaron las viviendas en el plano interno y externo, ingresando al interior de las mismas, obviamente con el consentimiento de los residentes. Se observó el tamaño de éstas, número de pisos; la estructura de la vivienda, los materiales empleados en la construcción; el número de habitaciones; el material del piso, el techo y de las paredes; en este punto fue muy importante determinar si eran de material noble; se observó que la mayoría de las viviendas estaban en construcción pasando por un avance constructivo del 20 al 70%. Además, se puso énfasis en observar el estado de conservación, la limpieza y el orden. En la observación de los servicios higiénicos, fue muy importante especificar si habían baños conectados a la red pública de agua y alcantarillado; o si hay letrinas, pozos ciegos, pozo negro; el estado físico, de limpieza e higiene en que éstos se encontraban. Ver si junto al wáter o a la letrina hay un espacio adecuado con lavatorios y jabones para lavarse las manos; si hay un tacho para los papeles; si hay posibilidades de percibir lo excretado. Percibir la existencia de olores a meado y a excremento humano.

Asimismo se observaron las prácticas de higiene de las personas. En este sentido fue importante observarlas al salir de los servicios después de excretar, si se lavaban o no las manos; si usaban o no jabón; qué hacen las madres con sus niños pequeños cuando excretaban; qué medidas sanitarias utilizan, ver los gestos y actitudes con relación a los excrementos arrojados en la vía pública. La guía nos facilitó observar los gestos de las personas al encontrar excremento por los caminos que recorren a diario, cerca o al interior de sus viviendas

Observar a los pobladores y ver si las actividades de excretar lo hacen en grupo o individualmente, las horas y las prácticas en cada zona, lo que indujo al equipo a averiguar los determinantes de estas prácticas a fin de ponderar o al menos de tener una idea acerca de la intensidad real del asco frente al excremento humano.

Estos elementos se desarrollaron utilizando y recreando la guía de observación (Ver Anexo 1), que a su vez permitió hacer una estimación de las casas que destacaban como más permisibles en la convivencia con el excremento humano; y si esta convivencia tenía relación con el acceso a los servicios, a los estados de mayor o menor limpieza y orden de las viviendas; y en los análisis, sus resultados permitieron triangular con la mayor o menor prevalencia de expresiones de asco. La observación del ámbito también permitió estimar en cuantas comunidades proliferaban los cagaderos públicos y los botaderos de basura con bolsas de excremento, y en cuántas habría una mayor intensidad de estas prácticas.

- *Guía de entrevista no estructurada*

La guía de entrevista no tuvo una lista estructurada de preguntas que permitiera seguir un orden; se hicieron las entrevistas considerando como límites los objetivos de la investigación y siguiendo el sentido de las experiencias, sentimientos y creencias que el entrevistado estaba interesado en contar a partir de sus respuestas que había estado entregando al momento de la encuesta. Cuando el encuestador en pleno proceso de aplicación de la encuesta notaba que el encuestado rebasaba los límites de las preguntas agregando información de sus experiencias personales, entonces se pasaba de la encuesta a la entrevista con el consentimiento del participante.

A través de las entrevistas, no estructuradas, se logró abordar los temas referidos a los usos y costumbres que podría tener o habría tenido el excremento humano en la época de sus abuelos, de su familia, entre sus amistades, vecinos, o entre sus paisanos y parientes de sus comunidades de procedencia. Además, los entrevistados hicieron referencia acerca de los usos, aplicaciones, beneficios y costumbres de diversos grupos con el excremento humano. Se presentó el excremento humano excretado en los campos rurales

como beneficioso para tratar enfermedades, casos de emergencia o vivir experiencias mágicas; y en contraposición el excremento excretado en las ciudades, éste era realmente nocivo, contaminado de enfermedades y de mal olor. Los entrevistados también explicaron las relaciones entre las formas características del excremento con las experiencias de la vida cotidiana.

- *Guía de focus group*

Se realizaron tres focus group. Uno solo con hombres; otro con mujeres; y un mixto. En los tres casos asistieron personas que se encontraban en el rango que va de 18 a 80 años para dialogar en torno a los hábitos, prácticas y costumbres alrededor del excremento humano; a las características de éste y a sus determinantes; a sus beneficios y peligros; a las creencias y explicaciones que tenían en cuanto a la prevalencia diarreica y al estreñimiento en la familia y la comunidad; ver la importancia que atribuyen a estos episodios; tratar las causas y consecuencias que creen que podría provocar con relación a la salud de cada uno de los miembros de sus familias; si esos malestares y las causas que lo generan les llama la atención o les es indiferente; incluso para precisar cuándo el excremento humano es considerado una diarrea; y cuándo podría definirse en una situación de estreñimiento.

Para la parte cuantitativa, el instrumento de recolección fue: el cuestionario de encuesta, el mismo que estuvo conformado por 6 secciones y un total de 45 preguntas: Características sociodemográficas (4 preguntas), aspectos de vivienda (4 preguntas), características de vivienda (4 preguntas), Características socioeconómicas (2 preguntas), características de salud (3 preguntas), costumbres, creencias y actitudes (28 preguntas). Estas preguntas fueron abiertas y cerradas (respuestas dicotómicas).

### ***3.6.3 Confiabilidad de instrumentos***

Como el único instrumento de medición fue el cuestionario, se evaluó su confiabilidad mediante la prueba de Alfa de Cronbach, el cual tuvo un valor superior de 0.7 (Ver Anexo N° 11), confirmando que el instrumento es confiable para esta investigación.

### **3.7 Análisis e interpretación de la información**

El enfoque mixto de la investigación realizada tuvo dos componentes. En el cuantitativo se aplicó el análisis estadístico de los datos recogidos a partir de la aplicación de la encuesta. En el componente cualitativo se trianguló la información recogida, se hizo un análisis comparativo entre la explicación y las creencias de los pobladores acerca del excremento humano y sus actitudes y prácticas cotidianas; entre su discurso de asco al excremento y su convivencia con el producto manipulado en sus viviendas y excretado alrededor de ésta o legitimando los cagaderos; entre los beneficios y la efectividad que tuvo en el pasado y en los andes como excremento bueno; y el de la ciudad como producto inofensivo y sin uso cuando es de la familia; pero contaminante y epidémico si es de los extraños. El análisis y la interpretación de los hallazgos se hicieron desde la perspectiva sociológica.

#### **Análisis cualitativo**

Se logró entrevistar a diez personas residentes en diferentes asentamientos de San Gabriel Alto y provenientes de diferentes regiones del Perú. Los entrevistados fueron descubiertos en el proceso de aplicación de las encuestas, lo que permitió que al término de la encuesta, el encuestador pasara de manera formal a la aplicación de la entrevista. Las entrevistas fueron por separado, con el objetivo de conocer sus creencias, costumbres y actitudes con relación al excremento humano a partir de las preguntas referidas a sus experiencias, a la vida con sus padres y abuelos en su comunidad de origen; conocer la información acerca del uso del excremento humano; de sus contenidos y de sus opiniones acerca de la forma, color y cantidades; de sus usos y posibles aplicaciones; de los problemas o beneficios que podrían reportar. Indagar que sabían y qué costumbres tenían sus padres y abuelos con relación al excrementos humano. Para esta actividad se confeccionó una guía que fue aplicada de manera flexible, sobre todo cuando los entrevistados tenían testimonios importantes acerca de sus comunidades y sus parientes con relación al excremento humano. Las entrevistas permitieron la manifestación de una serie de expresiones y discursos que se registraron en el cuaderno;

también fueron grabados en audios y desgravados al programa Word 2010, para su posterior y respectivo procesamiento y análisis de textos.

También se realizaron tres focus groups; en cada uno de éstos asistieron entre seis y diez personas, de edades que encajan en el rango propuesto para la muestra; uno integrado por hombres; otro por mujeres y un tercero de carácter mixto. En las reuniones contaron sus experiencias de vida durante su niñez o juventud, en Lima y en otras localidades y confrontaron sus ideas, creencias acerca del excremento humano a partir de hechos o historias motivadoras que presentó el facilitador, permitiendo generar el debate, que dio muestras de expresiones contrapuestas en cuanto a creencias, costumbres y actitudes más fuertemente relacionadas con las experiencias de vida que con el nivel educativo alcanzado por los participantes.

### **Análisis cuantitativo**

Luego de la aplicación de la encuesta, se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS v.23, para el registro de los datos y posterior procesamiento. Previamente se realizó el control de calidad de los datos, que comprendió la depuración y consistencia de la información. Para el análisis cuantitativo se utilizó estadística descriptiva que permitió desarrollar posteriormente las discusiones, conclusiones y recomendaciones del estudio.

### **Análisis descriptivo.**

En el estudio descriptivo se aplicó el análisis estadístico, para lo cual se utilizaron frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para describir las costumbres, creencias y actitudes de los habitantes de la IV y V etapa de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo acerca del excremento.

Los resultados fueron presentados mediante tablas de frecuencias unidimensionales y bidimensionales y gráficos estadísticos, haciendo uso de la hoja de cálculo de Microsoft Excel, mientras que la redacción del informe final fue realizada en el procesador de texto de Microsoft Word.

### 3.8 Supuestos

- Creer que el excremento propio o producido por la familia es inocuo e inofensivo mientras que el de los demás contiene bacterias y puede transmitir enfermedades desde que se huele, se toca y peor si es ingerido.
- Hay una extendida creencia de un excremento bueno y efectivo para prevenir, curar o para el resguardo de la salud, es el excremento de los abuelos en sus comunidades rurales; en la ciudad el excremento familiar es inocuo por lo que se puede manipular y dejar en los espacios públicos; pero el excremento de los demás, de los foráneos y desconocidos es peligroso, contagioso y contaminante.
- En el plano de la cultura ideal, la mayor parte de los pobladores declaran tener asco y repugnancia al excremento humano; pero en el plano de la cultura real hay una actitud permisiva, que se puede constatar, observando excremento empaquetado en los botadores, restos de excremento y meado en los alrededores de la vivienda, existencia de cagaderos públicos en la periferia de algunos asentamientos permitido y utilizado cotidianamente.
- Muchos pobladores de San Gabriel Alto creen o mantienen en el recuerdo que sus abuelos, en las comunidades rurales de donde provienen, especialmente de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Puno, Huánuco y de la sierra de Lima tenían como costumbre utilizar el excremento humano y la orina ya que no había acceso a los servicios públicos de salud. Creen que la orina se usaba como desinfectante, desinflamante y analgésico; mientras que el excremento humano lo utilizaban en situaciones extremas o de emergencia, en lugares solitarios y lejanos para evitar la muerte ya sea por la picadura o mordedura de animales venenosos como arañas, alacranes, víboras, o perros rabiosos; o para calmar dolores de huesos, músculos o de muelas; incluso para tratar parálisis facial, preclamsia y enfermedades desconocidas.
- Entre los pobladores de San Gabriel Alto transcurre a escondidas la creencia de que cada persona puede tomar su propia orina para eliminar algunas enfermedades como la diabetes, el cáncer o la caída del cabello; en cambio está muy extendida la creencia de que la orina es buena para bajar

los estados febriles de una persona; incluso esto lo recomienda el personal del Puesto de Salud de San Gabriel Alto; pero el salto del uso de la orina al excremento es mucho más singular, aunque también está muy extendida la creencia de usar el excremento de un neonato para eliminar las manchas del rostro femenino; y en una escala mucho menor, transcurre en silencio, la creencia de usar emplastos de excremento para desinflamar y desatorar las várices de las piernas o calmar los dolores de hueso.

- Entre los más pobres y excluidos de los servicios de salud, de las redes familiares, vecinales y comunitarias emerge en secreto el uso del excremento humano para tratar inflamaciones, fuertes dolores y otras señales de enfermedades desconocidas o cancerígenas, como emplasto o como brebaje puro o combinado con yerbas medicinales.
- El contexto de pobreza y de exclusión de los servicios en un medio topográfico arenoso, pedregoso y periférico en un ambiente urbano discriminatorio, en el que se desarrolla una concentración demográfica de migrantes procedentes del centro y sur andino del Perú con experiencias de sobrevivencia en las invasiones y en la formación de barriadas del período 1948-2010; es decir de hijos y nietos de campesinos, de invasores y pobladores de barriadas que han pasado por procesos de socialización teniendo como ejes las carencias de agua y servicios básicos, el ejercicio de prácticas no sanitarias, los hábitos y costumbres de excretar en grupo y a cielo abierto escuchando historias de los abuelos de cómo se curaban y sobrevivían. Han sido los determinantes para entender las creencias, los hábitos, costumbres y las actitudes frente al excremento humano.
- Las personas mayores, se muestran más decididas a utilizar el excremento humano si es que fuera el último recurso para recuperar la salud, especialmente cuando se trata de enfrentar el cáncer o enfermedades que los médicos no pueden curar.
- En el contexto nacional se procesa una transición epidemiológica. Junto a una lenta reducción de las enfermedades contagiosas y transmisibles se produce un crecimiento a ritmo más acelerado de enfermedades crónico-degenerativas como las cardiovasculares, cancerígenas, mentales, la diabetes, la obesidad y otras que no son transmisibles, que se caracterizan



por tener un tratamiento altamente costoso, especializado y de larga duración. Estos cambios en el perfil epidemiológico afecta a los más pobres y abandonados por sus propios familiares y que se encuentran sin acceso a los servicios especializados, a los seguros y a los cuidados prolongados.

### **3.9 Identificación de variables**

- Costumbres sobre el excremento humano
- Creencias sobre el excremento humano
- Actitudes sobre el excremento humano

## **CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

El estudio se ha realizado teniendo como objetivo general la identificación y descripción de las costumbres, creencias y actitudes que tienen los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo acerca del excremento humano; y como objetivos específicos la identificación y descripción, en primer lugar, de las costumbres de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo en torno al excremento humano; en segundo lugar, identificar y describir las creencias de estos pobladores acerca del excremento humano; y en tercer lugar, identificar y describir sus actitudes frente al excremento humano. El estudio logró cumplir sus objetivos por la eficiente aplicación de una metodología de investigación basada en un enfoque mixto con contenidos cuali- cuantitativos; que incluyó la aplicación de una sub muestra específica para cada caso. En lo cuantitativo, se consideró una muestra probabilística por conglomerados, para lo cual se aplicó una encuesta a 387 participantes, tanto hombres como mujeres que se encuentran entre los 20 y 80 años, con residencia permanente en uno de los 40 asentamientos humanos que se ubican en la IV y V etapa de San Gabriel Alto, Zona I del Distrito limeño de Villa María del Triunfo. En dichas etapas residen de manera permanente 16,202 habitantes, que constituye el universo poblacional de la muestra. En este sentido, la muestra se generó teniendo como criterio de inclusión solo a los residentes permanentes de la IV y V Etapa, y a quienes se encuentran en el rango de edad señalado.

El trabajo de recopilación de la información desde el ángulo cualitativo se realizó de manera simultánea y en paralelo a la aplicación de la encuesta, que fue la actividad principal en el ángulo cuantitativo. Del mismo modo, en la etapa del análisis, se tuvo en cuenta de manera integral toda la información generada alrededor de cada una de las variables, y de sus respectivos indicadores, aplicando para ello la

triangulación, el análisis comparativo y la interpretación basada en el relacionamiento de múltiples aspectos a los que tenía lugar considerando que las variables utilizadas eran pautas culturales que orientaban diversas prácticas y comportamientos individuales y colectivos. En lo cualitativo, se utilizó una muestra no probabilística; ya que solo se entrevistó a las personas que estaban muy interesadas en informar sus experiencias, vivencias y sentimientos en torno al uso y a las propiedades del excremento humano; en este sentido, se realizaron 10 entrevistas a las personas que los encuestadores lograron descubrir durante la encuesta; paralelamente se observó el contexto de las viviendas de los encuestados y una observación de las familias y del interior de 180 viviendas distribuidas entre la IV y V etapa de Sn Gabriel Alto.

## **4.1 Presentación de los resultados**

Los resultados de la investigación, tanto cuantitativos, como cualitativos se presentan de acuerdo a los objetivos específicos de identificación y descripción de las costumbres, creencias y actitudes; de manera preliminar se presentan los resultados de la determinación y descripción del espacio físico y el contexto social y cultural donde se observa la cristalización y el transcurrir de las costumbres, creencias y actitudes de los pobladores de los asentamientos humanos o comunidades urbanas de la IV y V etapa de San Gabriel Alto

### **4.1.1 Determinación del espacio, infraestructura y situación sanitaria:**

Se logró determinar el contexto social y cultural del estudio de un conjunto aproximado de cuarenta asentamientos humanos ubicados en la IV y V etapa de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo, habitados por un universo poblacional de 16,202 personas de 18 a 80 años, hombres y mujeres; que se instalaron en dicho ámbito de manera individual y familiar en tiempos prolongados y a través de invasiones masivas, como torrentes sorpresivos de grupos organizados entre 1985 y 2010.

#### 4.1.1.1 El espacio físico

Con la aplicación de la guía de observación se pudo determinar las características físicas del espacio de nuestro ámbito de estudio. Se trata de un espacio con una topografía de cerros pedregosos que tienen una elevación más o menos de 50 a 200 metros los cuales se ubican aproximadamente de tres a cinco kilómetros al Este de la Av. Salvador Allende, entre las cuadras 28 y 35, desde donde se inicia la Av. José Carlos Mariátegui, hasta llegar a la zona de estudio a partir de la cuadra treintaicinco de ésta; desde donde se observa más nítidamente que esta avenida va por el piso de la quebrada, separando a los cerros que están a derecha e izquierda por donde se extienden, la IV y V Etapa de urbanización informal de los terrenos invadidos entre 1990 y el 2005, formándose una cuarentena de asentamientos humanos, habitados por la población objetivo de la presente Tesis. Sistematizando la descripción del terreno y del desarrollo físico de la zona, se ha logrado establecer algunas características y estimar medidas aproximadas teniendo como referencia ocho asentamientos que aparecen en los cuadros y que aparentemente podrían ser los más representativos, ya que se encuentran en diferentes puntos de la quebrada, desde la parte baja hasta la más alta. Se observa y se estima en porcentajes el área plana y en declive que ocupan los asentamientos humanos; así mismo las calles con y sin pavimento; el suelo arenoso y el pedregoso; además el porcentaje de espacio limpio y ordenado.

#### **Cuadro 2.**

#### ***Características físicas de los terrenos y espacios de los Asentamientos Humanos de San Gabriel Alto***

<b>Características físicas Del espacio de los AAHH de San Gabriel Alto</b>	<b>La Florida (n=57)</b>	<b>Cerro Verde (n=19)</b>	<b>3 de Mayo (n=93)</b>	<b>3 Mayo Alpes (n=27)</b>	<b>14 de enero (n=58)</b>	<b>Guadalupe (n=52)</b>	<b>Tiwinza (n=49)</b>	<b>Nueva Jerusalén (n=32)</b>	<b>Global (n=387)</b>
Espacio plano	30.0%	10.0%	20.0%	10.0%	80.0%	0.0%	0.0%	0.0%	22.4%
Calles con pavimento	20.0%	0.0%	10.0%	0.0%	60.0%	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%
Suelo arenoso	20.0%	0.0%	10.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.0%
Espacio con declive	70.0%	90.0%	80.0%	90.0%	10.0%	100.0%	100.0%	100.0%	76.1%
Calles de tierra y piedras	80.0%	100.0%	80.0%	90.0%	20.0%	100.0%	100.0%	100.0%	79.6%
Suelo pedregoso	80.0%	100.0%	80.0%	90.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	91.6%
Espacio limpio y ordenado	30.0%	10.0%	20.0%	10.0%	70.0%	20.0%	20.0%	20.0%	27.8%

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Informes de observación. Anexo 10.

Sintetizando la información recogida con el trabajo de observación acerca del área de los terrenos y espacios públicos de los asentamientos humanos se estima que el 91.6% de éstos son suelos de tipo pedregoso, casi el 80% de sus calles son aparentemente de tierra y de piedras sin pavimento; aproximadamente el 79.6% del ámbito es inclinado con pendientes muy pronunciados. Los asentamientos humanos de Guadalupe, Tiwinza y Nueva Jerusalén parecen tener las pendientes con mayor inclinación.

Comparando con el conjunto del Distrito y en general con la ciudad de Lima, el ámbito específico de estudio de esta Tesis, tiene un desarrollo urbano mucho menor. Se trata de una zona periurbana, enclavada entre la ciudad popular y los campos de arena, tierras eriazas y cerros rocosos. Es una zona con una topografía parecida a un valle estrecho sin ríos; o a una quebrada por la convergencia de sus cerros con pendiente pronunciada. La ausencia de pavimento se observa especialmente en las calles transversales a las avenidas y en los pasajes y caminos que van hacia los cerros. Más parecen caminos de herradura de tipo rural, que pasajes urbanos de una mega ciudad; aunque a partir del 2012 cerca a la mitad de éstos fueron reemplazados por escaleras; sin embargo los caminos que sirven para conectar un asentamiento con otro por las alturas, son de tierra y sobre todo pedregosos. Por otro lado, con el proceso de ocupación de los terrenos de la parte baja se fueron cerrando los ingresos hacia los asentamientos de las partes altas, lo que generó un problema de tránsito que ahondó las desigualdades entre los de abajo y los de arriba. Al respecto es interesante la experiencia que informa un poblador del Asentamiento Humano Nueva Jerusalén.

Nueva Jerusalén se fue formando poco a poco; aquí no hubo invasión; sino que los vecinos fuimos llegando de uno en uno. Yo fui el primero; después de mí a los tres o cuatro días llegaron mis vecinos. Los de Valle Limatambo, estaban lejos, recién ahora último se han venido a vivir hasta aquí cerca y nos han tapado las entradas; ahora para salir a la pista, hay que ir hasta Virgen de Guadalupe o tenemos que rodear Villa Limatambo (M. Gutiérrez, comunicación personal, 05 Noviembre 2014. Anexo 8)

#### **4.1.1.2 El estado de las viviendas en San Gabriel Alto al 2014**

Otro resultado importante del trabajo de observación en el ámbito, es que se descubrió que un poco más de la mitad de las viviendas, 58.7% se encontraban a medio construir. El proceso constructivo de las viviendas podía pasar por dos o más generaciones; comenzaban los abuelos y terminaban los nietos. Los primeros se instalaban en el terreno invadido levantando casitas con esteras, maderas recicladas y calaminas; después de cinco a diez o más años, cuando la comunidad urbana obtenía la aprobación del plano perimétrico y el plano catastral con la distribución ordenada de lotes, calles y avenidas; es decir cuando lograba el saneamiento físico-legal, recién la gente se animaba a levantar sus casas con material noble en los lotes que se les asignaba de manera definitiva. Cuando comenzaba la construcción definitiva ya la familia estaba pasando a la segunda generación; entonces eran padres e hijos los que trabajaban directamente; cuando los hijos ya tenían su nueva familia crecía el interés por terminar con las obras o construir el segundo piso. En el ámbito, el asentamiento que experimentaba un desarrollo urbano más acelerado fue el Asentamiento Humano “14 de Enero” aparentemente por ser el más antiguo, formado en los ochentas y por encontrarse en la zona plana, “en el piso de valle”; pero sobre todo porque se encontró entre los vecinos un número importante de obreros que trabajaban de manera formal en empresas industriales y de construcción civil.

El rasgo más importante que se descubre en las casas habitadas, era el tiempo prolongado para construir, a tal punto que por más de 10 años se veía a medio construir. No tenían piso, ni techo de concreto o material noble, probablemente porque demandaban una inversión importante y una rápida ejecución, durante una o dos jornadas, a diferencia de la construcción de paredes y columnas que podían ejecutarse poco a poco, por partes, de acuerdo a los ingresos de cada familia y a sus posibilidades de trabajo. La costumbre andina del ayni, basada en la solidaridad para construir las casas, solo se practicaba al abrir los cimientos y al construir los techos y al parecer sólo sucedió durante la primera generación porque esta se caracterizó por su unidad y solidaridad vecinal, por sus lazos de comunidad urbana generadas con la experiencia de la invasión de los terrenos, el ejercicio de la seguridad como ronderos o integrantes de comités urbanos de vigilancia y de la lucha por el saneamiento físico-legal del

asentamiento. (Datos obtenidos en campo. Informes de observación, Anexo10. Entrevistas a pobladores, Anexo 8)

### Cuadro 3.

#### *Estado de la construcción de las viviendas*

Estado de la construcción de las viviendas	La Florida (n=57)	Cerro Verde (n=19)	3 de Mayo (n=93)	3 Mayo Alpes (n=27)	14 de enero (n=58)	Guadalupe (n=52)	Tiwinza (n=49)	Nueva Jerusalén (n=32)	Global (n=387)
Construcciones terminadas	8.8%	10.5%	0.0%	0.0%	27.6%	0.0%	0.0%	0.0%	5.9%
Casas a medio construir	<b>75.4%</b>	42.1%	<b>72.0%</b>	<b>85.2%</b>	58.6%	40.4%	53.1%	15.6%	58.7%
Casas de material precario	15.8%	47.4%	28.0%	14.8%	13.8%	59.6%	46.9%	84.4%	35.4%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Informes de observación. Anexo 10

También se descubrió, al observar el interior de las viviendas, que predominan las que tienen entre tres y cuatro habitaciones, éstas abarcan casi el 60%; y en menor porcentaje viviendas con cinco o más habitaciones.

En cuanto al uso y a la funcionalidad de las habitaciones. En una vivienda de solo dos habitaciones, había una mayor intensidad en su uso y una mayor asignación de funciones dadas por el tamaño y la ocupación de la familia. Después de observar aproximadamente 180 viviendas, el rasgo más o menos constante en una vivienda de dos habitaciones era la siguiente, la primera habitación, que estaba próxima a la calle, cumplía la función de sala, comedor y cocina; en algunos casos, además se adicionaba la función de dormitorio y de depósito de mercaderías o tienda de abarrotes; más al interior, o la segunda habitación, estaba asignada casi exclusivamente para dormitorio para todos los miembros de la familia; si la habitación era de tres habitaciones se desligaba la cocina, junto al comedor en espacio aparte. Las viviendas de dos o tres habitaciones, no incluía la letrina, como un espacio más, ya que por lo general se encontraba al extremo posterior del lote; éste era rápidamente identificado porque estaba cercado con plásticos, latas cortadas de aceite, tiras de madera reciclada y a veces con calaminas de aluminio o plástico. Aparentemente se trataba de un espacio poco apreciado, probablemente para dejar un producto considerado de

poco valor, y de significación que ya no tiene uso en el contexto donde viven.  
(Datos obtenidos en campo. Informes de observación)

Al ingreso o en la parte posterior del lote se encontraban los recipientes de agua, o un lavatorio de uso múltiple, tanto para el lavado de ropa como para las actividades de la cocina. Las viviendas con cuatro, cinco o más habitaciones ya incluían la cocina y los servicios higiénicos en habitaciones distintas. Para tener acceso a los servicios de agua y alcantarillado era indispensable dos requisitos: que en la zona, se hayan instalado las obras generales, en cuanto redes primarias, tanques y otros lo que otorgaba viabilidad del proyecto, para que la entidad responsable de los servicios, SEDAPAL, pueda pasar a la instalación de redes secundarias (MEF, 2011, p.7) y la conexión domiciliaria en las viviendas de cada asentamiento; el segundo requisito, tiene que ver con el compromiso del beneficiario o dueño del lote, para proceder a instalar un juego básico de sanitarios (SEDAPAL, 2015 p.2). En el área de estudio, las obras generales se instalaron entre el 2002 y el 2005, que la gran mayoría de las familias de los 40 asentamientos de la IV y V etapa venían residiendo desde 10 o 20 años atrás y el las actividades de observación se realizaron antes y después de la instalación de las obras

**Cuadro 4**  
***Número de habitaciones por vivienda en la zona de estudio***

Orden y manejo de las Viviendas	La Florida (n=57)	Cerro Verde (n=19)	3 de Mayo (n=93)	3 Mayo Alpes (n=27)	14 de enero (n=58)	Guadalupe (n=52)	Tiwinza (n=49)	Nueva Jerusalén (n=32)	Global (n=387)
Con una o dos habitaciones	22.8%	47.4%	16.1%	7.4%	27.6%	36.5%	40.8%	59.4%	29.2%
Con tres o cuatro habitaciones	<b>61.4%</b>	42.1%	<b>64.5%</b>	<b>85.2%</b>	46.6%	<b>63.5%</b>	55.1%	40.6%	58.4%
Con cinco o más habitaciones	15.8%	10.5%	19.4%	7.4%	25.9%	0.0%	4.1%	0.0%	12.4%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Informes de observación. Anexo 10

#### **4.1.1.3 El estado de orden, limpieza e higiene de las viviendas y alrededores**

El trabajo de observación también comprendió el estado de orden, limpieza e higiene en que se encontraban las viviendas y sus alrededores. Después de observarlas en



diferentes horarios por cada día de la semana y en dos temporadas prolongadas, los observadores concluyeron, estimando que por lo menos la quinta parte de las viviendas, es que éstas se encontraban en una situación deplorable, o muy sucias y desordenadas; mientras que el 61.2% se encontraba más o menos limpia. (Ver Cuadro 5). En el área, los asentamientos con más problemas de limpieza orden e higiene fueron Cerro Verde y Nueva Jerusalén. El porcentaje de suciedad, llegaba en el primer caso a 47.4%, mientras que en el segundo a 31.3%. Con la observación se descubrió que en varias casas, había un mal uso y mal manejo de las letrinas y pozos ciegos; durante el día los niños defecaban en sus patios, en las veredas de uso público y en la rivera de los pasajes; mientras que los mayores lo hacían por la noche, después de las 9 o 10 de la noche y los que salían al trabajo lo hacían en la madrugada; pero las visitas que llegaban después de las ocho de la mañana, encontraban todo limpio, no había rastros de excremento, porque los perros lo comían, cumpliendo una función ecológica de limpieza: pero los olores no se borraban; eran evidentes en los patios de entrada y en los alrededores de la vivienda. El cuadro de suciedad se completaba con el estado de suciedad de la ropa y la escasa higiene que los niños mostraban en la cabeza, en las manos en la ropa. (Datos obtenidos en campo. Informes de observación)

Aparentemente el AH “14 de Enero” por encontrarse en la parte plana de la quebrada, pero también por ser el más antiguo el 75.9% de sus viviendas se encontraban más limpias; pero también el 71.9% de La Florida, probablemente por la hegemonía de un liderazgo más femenino; mientras que las viviendas más sucias se observaron 47.4% en Cerro Verde, 31.3% en Nueva Jerusalén y al 23.1% en Guadalupe; que estaban en los cerros y con liderazgos de hombres más autoritarios. Es importante destacar al A.H. Cerro Verde donde el 42.1% de sus viviendas usaba sus patios y habitaciones como meaderos de toda la familia, a pesar que una buena parte contaba con letrinas. (Ver Cuadro 10).

**Cuadro 5***El manejo de las viviendas*

<b>El manejo de las viviendas</b>	<b>La Florida (n=57)</b>	<b>Cerro Verde (n=19)</b>	<b>3 de Mayo (n=93)</b>	<b>3 Mayo Alpes (n=27)</b>	<b>14 de enero (n=58)</b>	<b>Guadalupe (n=52)</b>	<b>Tiwinza (n=49)</b>	<b>Nueva Jerusalén (n=32)</b>	<b>Global (n=387)</b>
Casas muy sucias y desordenadas	19.3%	47.4%	20.4%	7.4%	15.5%	23.1%	16.3%	31.3%	20.7%
Más o menos limpias	71.9%	10.5%	62.4%	63.0%	75.9%	53.8%	69.4%	40.6%	61.2%
Patios y habitaciones usados como meaderos	8.8%	42.1%	17.2%	29.6%	8.6%	23.1%	14.3%	28.1%	18.1%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Informes de observación

Como la mayor parte de los suelos de los asentamientos humanos eran de rocas y piedras, era difícil la construcción de las letrinas. Al respecto es ilustrativo el testimonio de Juan Castañeda,

JC: Apenas llegué –cuenta- comencé a trabajar mi silo; me demoré como dos meses para hacerlo. Bueno mientras tanto en el día iba al mercado. De noche, a veces subía a la vuelta del cerro. Así no más se fue pasando el tiempo.

ES: ¿Y por qué no defecabas en la calle?

JC: No. En la calle no. En el cerro se puede hacer porque no hay personas. Solo se puede hacer donde no hay personas. (J. Castañeda, comunicación personal, 27 de Noviembre 2014. Anexo 8)

**Cuadro 6***Manejo y funcionamiento de los servicios*

<b>Manejo y funcionamiento de los servicios</b>	<b>La Florida (n=57)</b>	<b>Cerro Verde (n=19)</b>	<b>3 de Mayo (n=93)</b>	<b>3 Mayo Alpes (n=27)</b>	<b>14 de enero (n=58)</b>	<b>Guadalupe (n=52)</b>	<b>Tiwinza (n=49)</b>	<b>Nueva Jerusalén (n=32)</b>	<b>Global (n=387)</b>
Viviendas con servicios básicos (Lavatorio, water, ducha)	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	27.6%	0.0%	0.0%	0.0%	4.9%
Viviendas sin lavatorios, o separados del water o de la letrina	75.4%	84.2%	72.0%	14.8%	36.2%	5.8%	30.6%	9.4%	44.4%
Viviendas sin servicios	19.3%	15.8%	28.0%	<b>85.2%</b>	36.2%	<b>94.2%</b>	69.4%	<b>90.6%</b>	50.6%

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Resultados de la observación. (Anexo 10)

Respecto al manejo y funcionamiento de los servicios se observó que el 50.6% de las viviendas de los asentamientos humanos observados no contaban con servicios básicos. El 75.4% de las viviendas de La Florida tenía servicios, pero estaban separados el inodoro o la letrina del lavatorio para lavarse las manos. Solo 14 de Enero con el 27% de sus viviendas y La Florida con el 5.3% contaban con servicios adecuadamente relacionados en un espacio, lo que garantizaba el condicionamiento de lavarse las manos luego de defecar. En esta situación solo aparecía un promedio de 4.9% de las viviendas de los asentamientos observados, según Informes de Observación. (Ver Cuadro 11).

#### **4.1.1.4 Las condiciones sanitarias observadas**

Con relación a las condiciones sanitarias se observa a los alrededores de las viviendas, por los caminos y calles, la presencia frecuente de aguas servidas, generalmente estancadas, afectando por lo menos el 10% del espacio total de cada asentamiento o comunidad urbana; problema que es mucho más sentido en Cerro Verde que tiene aproximadamente el 40% de su espacio afectado.

Con relación a los servicios de agua y alcantarillado, solo el 50% de la población del AH 14 de Enero ubicado en la parte plana de la zona, tenía acceso a estos servicios hasta el 2009. A partir del 2010 el acceso fue mucho más notorio, pero no llegaba al 100%. Situación que daba lugar a una gama de condiciones favorables para la insalubridad y la continuidad de las enfermedades diarreicas. Se adiciona a estas condiciones la percepción de olores a meado y excremento, que abarcaba en el caso del AH Cerro Verde, un área aproximada del 70%; y la continuidad de estos olores durante el día casi en el 30% de dicho ámbito.

Se observó que el 67.0% de las viviendas de los AAHH observados contaba con alumbrado eléctrico. En buena cuenta a este servicio accedía la mayoría; mucho más que a los servicios de agua y alcantarillado; esta brecha se observó que era mucho más notoria en Cerro Verde y Nueva Jerusalén por lo que presentaban más riesgos sanitarios. (Ver Cuadro 07).

Entre el 20% y el 60% de las viviendas de los asentamientos observados carecen de alumbrado eléctrico. Se trata de una exclusión del servicio de larga data que va entre los 10 y 20 años.

**Cuadro 7***Condiciones sanitarias y percepciones observadas*

Condiciones sanitarias y percepciones*	La Florida (n=57)	Cerro Verde (n=19)	3 de Mayo (n=93)	3 Mayo Alpes (n=27)	14 de enero (n=58)	Guadalupe (n=52)	Tiwinza (n=49)	Nueva Jerusalén (n=32)	Global (n=387)
Con frecuencia discurren aguas servidas están estancadas	10.0%	40.0%	10.0%	10.0%	20.0%	10.0%	0.0%	10.0%	11.7%
Existencia de alumbrado eléctrico en todo el AH	<b>80.0%</b>	50.0%	<b>70.0%</b>	50.0%	<b>90.0%</b>	<b>60.0%</b>	<b>60.0%</b>	40.0%	<b>67.0%</b>
Existencia de red pública de agua	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	<b>50.0%</b>	0.0%	0.0%	0.0%	7.5%
Existencia de redes de agua y alcantarillado	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7.5%
Papeles utilizados, residuos y huellas de EH en los caminos	20.0%	<b>70.0%</b>	20.0%	20.0%	10.0%	20.0%	20.0%	30.0%	21.8%
Percepción de olores de orina en gran parte del AH	10.0%	70.0%	20.0%	20.0%	10.0%	20.0%	20.0%	30.0%	20.3%
Percepción de olores de orina y meados en algunos espacios del AH	10.0%	20.0%	20.0%	20.0%	10.0%	20.0%	20.0%	0.0%	15.4%
Percepción de olores de EH en gran parte del AH todo el día	0.0%	40.0%	0.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	0.0%	6.8%
Percepción de olores de EH en algunos espacios del AH en determinadas horas	1.0%	20.0%	20.0%	20.0%	10.0%	20.0%	10.0%	30.0%	15.3%

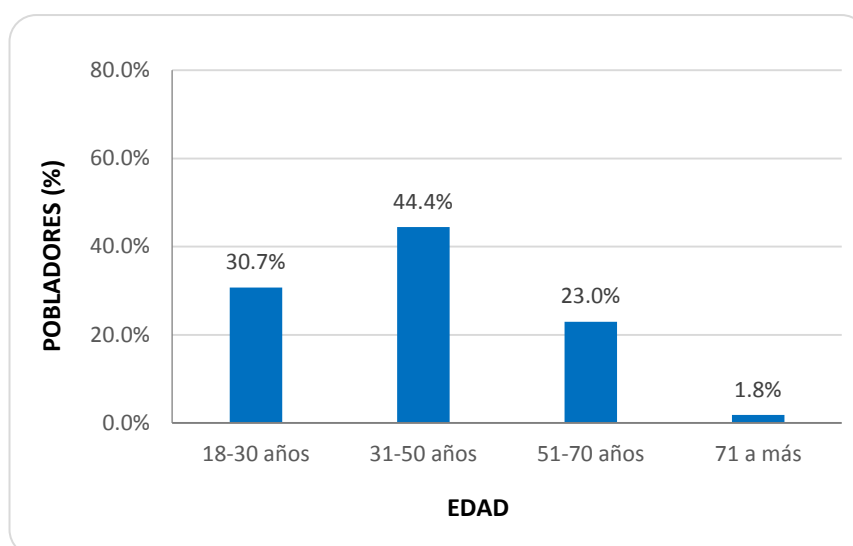
**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Informes de observación

**4.1.2 Especificidad de las determinaciones sociales en las comunidades urbanas**

En las determinaciones sociales, es fundamental considerar las siguientes: en Primer lugar, la estructura de la población de San Gabriel; en Segundo lugar, el proceso de urbanización de la zona, según etapas de avance; Tercero, la procedencia regional y el lugar de nacimiento de los pobladores; Cuarto, el tiempo de residencia en la IV o V etapa de San Gabriel Alto; Quinto, las condiciones sanitarias y de acceso a los servicios de agua y alcantarilla; Sexto, el nivel de pobreza y la autopercepción social de los pobladores. Veamos a continuación una ponderación de cada una de estas determinaciones:

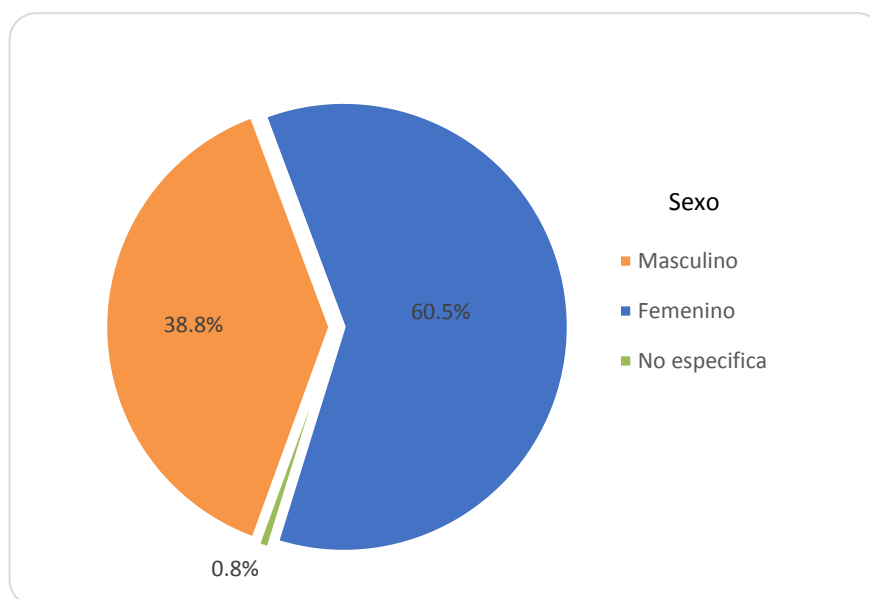
#### 4.1.2.1 Estructura poblacional relativamente joven

En la determinación social del área, un hallazgo fundamental de los resultados de la encuesta fue haber descubierto que la población mayoritaria de las comunidades urbanas o asentamientos humanos seleccionados estaba formado por personas jóvenes. Pero también, según el Censo del 2017 en todo el Distrito de Villa María del Triunfo predominaba una población joven; el 65.8% de la población tiene de 06 a 39 años de edad (INEI, 2017, p.65) Específicamente en el ámbito de estudio de la Tesis, se estima que el 80% de la población está formada por niños, jóvenes y adultos jóvenes. 30.7% de los encuestados estaban en el grupo etario de 18 a 30 años; y el 44.4% en el grupo de 31 a 50 años. En buena cuenta el 75.1% estaría formada por una la población formada por jóvenes y adultos jóvenes.



**Figura 2. Edad de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo durante el 2014**

Con relación al sexo de los pobladores encuestado el 60.5% fueron de sexo femenino y el 38.8% de masculino. (Ver Figura 3).



**Figura 3. Sexo de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo durante el 2014**

En cuanto al estado civil, 55.3% son convivientes; y casados el 24.3%. Casi la tercera parte, 28.9% no tiene instrucción, o solo tiene primaria; mientras que el 67.7% tiene educación secundaria; solo el 2,6% tiene educación superior. (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia)

#### **4.1.2.2 Origen y procedencia regional de los pobladores**

La IV y V etapa del proceso de urbanización de San Gabriel Alto se formaron, de manera principal con las invasiones realizadas por los hijos o parientes de los pobladores de las etapas anteriores; por eso se encontró que el 27.1% de los encuestados declararon en la encuesta haber nacido en Lima; pero el 46.7% declaró haber nacido en Apurímac, Junín, Ayacucho, Huancavelica y Puno; pero también es importante observar que el 42.7% eran hijos de padres nacidos en Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Puno; y un 44% de otros departamentos; y solo el 8.5% tenían padres nacidos en Lima; de tal manera que encontramos en la zona hijos y nietos de migrantes especialmente de los pueblos de la sierra, que se pueden ver en el Anexo B Resultados de la Encuesta.

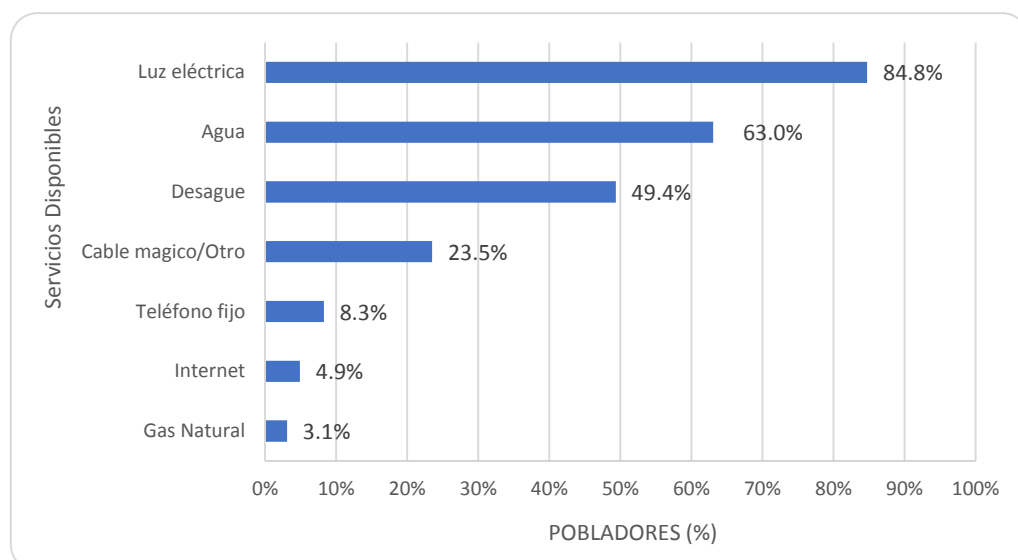
**Cuadro 8.*****Lugar de nacimiento de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo durante el 2014***

Aspectos de Ubicación	N	%
<b>Lugar de Nacimiento</b>		
Al norte del Perú	42	10.9
Al centro del Perú	202	52.2
Al sur del Perú	142	36.7
No especifica	1	0.3
<b>Lugar de Nacimiento de los padres</b>		
Al norte del Perú	45	11.6
Al centro del Perú	150	38.8
Al sur del Perú	173	44.7
No especifica	19	4.9
<b>Cuánto tiempo vives aquí</b>		
≤ 5 años	54	14.0
6 - 10 años	123	31.8
> 10 años	196	50.6
No especifica	14	3.6
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100.0</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Anexo 7

**4.1.2.3 Tiempo de residencia de los pobladores de San Gabriel Alto**

En cuanto al tiempo de residencia en la zona, el 50.6% declaró, más de 10 años; y el 31.8 entre 05 y 10 años; además el 35.7% ya vivía en San Gabriel Alto, aunque en otro asentamiento, posiblemente en las Etapas I, II o III donde se establecieron sus padres mediante las invasiones de los 70s y 80s (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia)



**Figura 4. Servicios disponibles de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo durante el 2014**

#### 4.1.2.4 Acceso a los servicios y necesidades básicas

Con relación a los servicios de agua y alcantarillado, solo el 50% de la población del AH 14 de Enero ubicado en la parte plana de la zona, tenía acceso a estos servicios hasta el 2009. A partir del 2010 el acceso fue mucho más notorio, pero no llegaba al 100%. Situación que daba lugar a una gama de condiciones favorables para la insalubridad y la continuidad de las enfermedades diarreicas. Se adiciona a estas condiciones la percepción de olores a meado y excremento que daban cuenta de las prácticas de descarga a campo abierto por de la población, en un área aproximada del 70% del Asentamiento y los malos olores durante gran parte del día (30%) en el AH. Cerro Verde. En estas condiciones deficitarias de los servicios, la vida se torna más difícil para los más pobres. Para sobrevivir tienen que seguir una gama de estrategias de ahorro y por lo general afectando su salud e higiene. En este sentido es muy ilustrativo el testimonio de la señora Carmen Quispe, que deja en la entrevista

ES: Si no tiene agua, cómo hace para lavar y cocinar.

CQ: Si tenemos que traer con manguera de abajo; o comprar al camión para cocinar; para lavar a veces tengo que ir abajo a la casa de mi mamá. Pero más para lavar la ropa de mi bebe (...)la ropa de mi esposo; sus pantalones, camisas.



ES: ¿No lavas más cosas?

CQ: Felizmente mis esposo se cambia de calzoncillo cada una o dos semanas; sobre todo cuando le digo para lavar. Como eso se lava pocas veces, entonces así ahorramos agua.

(C. Quispe, comunicación personal, 17 Octubre 2014. Anexo 8)

### **Cuadro N° 9**

#### ***Pobladores con acceso a los servicios IV y V Etapas de San Gabriel Alto***

<b>Viviendas con acceso a los servicios</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Luz eléctrica	328	84.8
De 1 a 3 celulares	322	83.2
Cable mágico/otro	91	23.5
Internet	19	4.9
Agua	244	63
Desagüe conectado a la red	191	49.4

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia

En la IV y V Etapa de San Gabriel Alto se encontró que el 92.5% eran propietarios de las casas donde residían; mientras que el 4.4% se consideraron como alojados o inquilinos.

Es importante advertir, por la observación realizada, del extendido e informal abastecimiento de agua y luz eléctrica, a través de mangueras y alambres según el caso, desde las casas que cuentan con dichos servicios y que se encuentran en las partes bajas hacia las alturas de los cerros. Las viviendas con servicios por lo general son las más antiguas, las que se establecieron desde los años 90 al 2005. Según la encuesta el 50.6% de las viviendas no cuentan con desagües conectados a la red pública; en la mayoría de éstas hay letrinas, pozo ciego o pozo negro. La construcción de estas alternativas en los cerros de piedra es sumamente dificultosa; y cuando logran hacerlas tienen una duración aproximada de dos años, por lo que los pobladores se ven obligados a construir una nueva y a cerrar las que quedaron colmatadas. Algunos pobladores, cuyas viviendas no tienen desagües, se ven obligados a excretar a campo abierto. Lo hacen en la madrugada para ir al trabajo por los caminos de herradura que bajan de los cerros, o cerca a los botaderos de basura; mientras que sus parejas con sus hijos pequeños lo hacen después de las siete de la

noche en los “cagaderos” de la parte alta de los cerros próximos a las viviendas más precarias. (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia/ Observación propia)

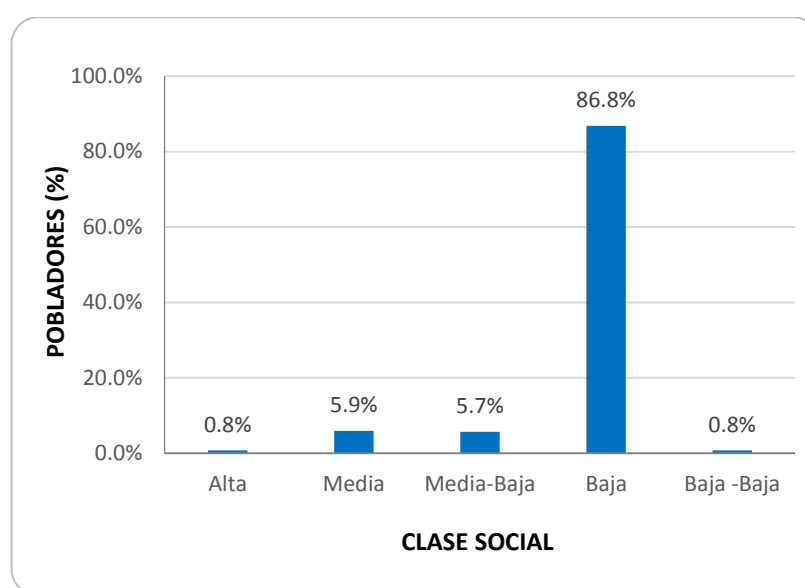
#### **4.1.2.5 Situación de salud de los pobladores de San Gabriel Alto**

En cuanto a la situación de salud de las comunidades urbanas de San Gabriel Alto. El 62% declaró en la encuesta que uno o dos miembros de la familia se habían enfermado en la primera mitad del año. El 70.4% tuvo gripes, o infección respiratoria aguda IRAS; y el 21.9%, enfermedades diarreicas, EDAS. (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia). En cuanto a la situación nutricional. Según los establecimientos de salud de la zona, la prevalencia de la desnutrición infantil sigue una tendencia a la reducción, aunque todavía sigue afectando por lo menos a la tercera parte de la población y al mismo tiempo se aprecia una tendencia al crecimiento el sobrepeso y la obesidad que afecta por lo menos al 10% de la población observada. Los problemas de malnutrición que viven por lo menos la tercera parte de los pobladores de la zona de estudio, se deriva en última instancia, de las condiciones de pobreza, de la exclusión de los servicios de agua y alcantarillado, de los bajos niveles de instrucción y de educación sanitaria y nutricional. . (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Guía de observación).

#### **4.1.2.6 Estratificación social, pobreza y percepciones**

Aplicando la metodología del análisis de la pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI), encontramos que se trata de una población que atraviesa niveles diferenciados de pobreza. Según nuestra encuesta el 37% no tiene acceso al agua potable y más de la mitad, el 50.6% no accede al alcantarillado; a lo que se agrega un 15.2% que no tiene acceso al alumbrado eléctrico. Estas son NBI. Son pobres desde la carencia de una NBI; en nuestro ámbito entre el 15.2% y el 50.6% tienen entre una y tres NBI. Se trata de un ámbito de pobreza; pero con grupos usuarios de las tecnologías de información. El 23.5% tiene cable mágico y un 4.9% internet; además el 83.2% tiene en su núcleo familiar entre uno y tres celulares En este sentido, se trata de un ámbito pobre por necesidades básicas insatisfechas, pero conectado al mundo a través del cable y los celulares. (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia)

La mayor parte de la población se dedica a trabajos informales, al comercio ambulatorio, al transporte urbano de pasajeros, construcción civil y trabajo doméstico con ingresos que están por debajo de la línea de pobreza. Según los resultados de la encuesta aplicada entre el 14% y el 50% de los pobladores tienen por lo menos una necesidad básica insatisfecha; y de acuerdo a las guías de observación más del 50% de las casas están en construcción, no tienen piso, ni techo de cemento. Por estas condiciones, alrededor del 40% de la población atraviesa por un nivel de pobreza por sus carencias. Sin embargo, los pobladores se perciben como pobres en su gran mayoría.



**Figura 5. Clase social en la que se perciben los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo durante el 2014**

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia, Anexo 7.

Efectivamente a la pregunta de la encuesta: “en qué clase social te ubicas?” La gran mayoría, el 86.8% se percibía en la clase baja; sin embargo, al otro extremo el 0.8% se percibía en la clase alta. Es probable que este pequeño grupo, esté incluyendo a algunos propietarios de vehículos particulares y a las familias que tienen sus viviendas con la construcción terminada. De acuerdo a los resultados del Censo 2017; la población de todo el Distrito de Villa María del Triunfo se clasifica en cinco estratos; siendo negativo en el alto, 0.0%; mientras que el estrato D se ubica el 36.6% y en el C el 45.7%. En este caso el C y el D de este distrito están sumando 82.3% que vendría a ser el sector popular con una clase media emergente. En este

bloque se incluiría por lo menos a la media y media-baja que suman el 11.6% más una cuarta parte de los que se perciben en el estrato bajo.

**Cuadro N° 10**  
*Autopercepción en el sistema de estratificación social*

Situación Socioeconómica	N	%
<b>Estrato social en el que se perciben</b>		
Alta	3	0,8
Media	23	5,9
Media - Baja	22	5,7
Baja	336	86,8
Baja -baja	3	0,8

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Anexo 7

Con el objetivo de conocer con mayor profundidad las diferencias sociales, tanto de clase y de estrato como de status, se consideró útil aplicar la metodología subjetiva de la autopercepción o de auto calificación en el sistema de estratificación social de la zona de estudio, siguiendo los lineamientos de la Sociología norteamericana; a fin de ponderar la evaluación de las diferencias basada en criterios objetivos y cuantificables como son las diferencias de ingreso, propiedad, ubicación en la organización del trabajo. El resultado permitió ver que hay un desencuentro entre las diferencias sociales de Lima y del distrito de Villa Maria del Triunfo; y entre éste y la zona de San Gabriel. Desde Lima se podían considerar como pobres a toda la población de la zona de estudio; pero también éstos, 86% se veían como pobres; pero al calificarse socialmente comparándose con sus vecinos, alrededor del 1.1%, se definieron como ricos. “Comparándote con tus vecinos de San Gabriel Alto, tú te consideras acomodado, normal, pobre, o muy pobre? El 90.4% se percibía como “normal”, algo así como en el sector medio; ni pobre, ni rico; o sintiéndose estar ubicado en un punto intermedio, sin rasgos sociales que eleven su condición por encima de los demás se veía como, de acuerdo a sus percepciones como del sector medio. Resumiendo de manera comparativa las metodologías para el análisis de la pobreza, -tanto por la línea de la pobreza como por la existencia de una o más necesidades básicas insatisfechas-, se evidencia un ámbito de pobreza, tanto por las condiciones materiales en que viven, sino también porque la mayoría se percibe como pobre. (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Anexo 7).

**Cuadro N° 11*****Autopercepción de clase social en comparación con el vecino***

Clase social en la que se ubica comparándose con sus vecinos	N°	%
Acomodado	4	1,1
Normal	350	90,4
Pobre	31	8,0
Muy pobre	2	0,5
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Anexo 7

#### **4.1.3 Costumbres de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo acerca del excremento humano**

A continuación presentamos los resultados de la identificación y descripción de las costumbres de los pobladores de la IV y V etapa de San Gabriel Alto logradas mediante la aplicación de la encuesta, de las entrevistas y la observación:

Algunos pobladores de la IV y V etapa de San Gabriel Alto acostumbran:

- Mear en la vía pública
- Defecar en letrinas y bolsas
- Defecar con una frecuencia que va de dos a cuatro o más días
- Defecar en la calle o a campo abierto en su propio barrio
- Defecar en grupo (especialmente de madres con sus pequeños hijos) por las noches, en “cagaderos” del asentamiento formados por la práctica cotidiana y colectiva.
- Asignar como última prioridad un espacio marginal en el lote, un tiempo mínimo y casi cero de recursos para la construcción, uso y mantenimiento de la letrina o pozo ciego familiar
- Echar excremento humano embolsado en botaderos y/o en camiones recolectores de basura de la Municipalidad
- Beber con frecuencia su propia orina con fines preventivos y curativos.
- No acostumbran lavarse las manos después de defecar
- Mojar con orina la cabeza y partes del cuerpo para tratar estados febriles, dolores estomacales de los niños y dolores de cabeza de los adultos

**Figura 6.** Costumbres sanitarias de los pobladores de San Gabriel Alto

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Entrevistas Guía de observación

#### 4.1.3.1 Mear en la vía pública

Respecto a la costumbre y a los hábitos para mear en los asentamientos humanos observados, aproximadamente el 39.8% meaban siempre en la letrina de sus viviendas o en sus servicios conectados a la red; en este caso destacaba 14 de Enero con el 62.1% que declaró hacerlo en sus servicios. Un poco más de la cuarta parte 25.6% meaba en la vía pública, probablemente la mayoría de hombres al salir y al regreso de sus viviendas. Un 23.5% lo hacía en el patio de sus viviendas; en este caso 53% en Nueva Jerusalén y el 46.2% de Guadalupe.

**Cuadro 12.**  
***Hábitos para mear***

Hábitos para mear	La Florida (n=57)	Cerro Verde (n=19)	3 de Mayo (n=93)	3 Mayo Alpes (n=27)	14 de enero (n=58)	Guadalupe (n=52)	Tiwinza (n=49)	Nueva Jerusalén (n=32)	Global (n=387)
Mean siempre en la letrina	45.6%	26.3%	<b>61.3%</b>	40.7%	62.1%	13.5%	24.5%	0.0%	39.8%
Mean en latas, botellas, bacines, etc. que se mantienen un día o más	7.0%	15.8%	17.2%	18.5%	0.0%	7.7%	10.2%	18.8%	11.1%
Mean en el patio de la vivienda	19.3%	31.6%	11.8%	11.1%	10.3%	46.2%	26.5%	53.1%	23.5%
Mean en la vía pública	28.1%	26.3%	9.7%	29.6%	27.6%	32.7%	38.8%	28.1%	25.6%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Informes de Observación. Anexo 10

#### 4.1.3.2 Defecar en letrinas y bolsas

Respecto a los hábitos para defecar en los asentamientos humanos observados, más de la mitad o el 56.1% de las familias observadas defecaban siempre dentro de sus viviendas, ya sea en las letrinas o en las bolsas que luego eran arrojadas a los botaderos o colocadas en recipientes para su traslado en los camiones recolectores de basura. Tres cuartas partes de las familias de “14 de Enero” (70.7%) y de La Florida (75.4%), lo hacía en sus viviendas. Solo 16.5% de todas las familias observadas, de estos asentamientos, defecaban a campo abierto, sobre todo en las noches. Había grupos de vecinos, integrados por dos o tres señoras, con sus hijos pequeños que cotidianamente, al inicio de la noche, se trasladaban desde sus casas hacia los cagaderos públicos existentes en las partes altas de sus respectivos

asentamientos para prácticas de defecación colectiva. Por otro lado, un poco más de la cuarta parte de los pobladores de los asentamientos humanos prefería defecar fuera del asentamiento de residencia, y lo hacían ya sea en sus locales de estudio o de trabajo. (Ver Cuadro 13).

**Cuadro 13.**  
***Hábitos para defecar***

Hábitos para defecar	La Florida (n=57)	Cerro Verde (n=19)	3 de Mayo (n=93)	3 Mayo Alpes (n=27)	14 de enero (n=58)	Guadalupe (n=52)	Tiwinza (n=49)	Nueva Jerusalén (n=32)	Global (n=387)
Defecan siempre dentro de su vivienda (Letrinas o bolsas)	75.4%	57.9%	64.5%	55.6%	70.7%	46.2%	30.6%	25.0%	<b>56.1%</b>
Defecan a campo abierto solo en las noches (Cagaderos)	8.8%	21.1%	7.5%	14.8%	10.3%	28.8%	16.3%	46.9%	16.5%
Defecan fuera de su comunidad (Mercado o en el trabajo)	15.8%	21.1%	28.0%	29.6%	19.0%	25.0%	53.1%	28.1%	27.4%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Resultados de la Observación. Anexo 10

#### **4.1.3.3 Defecar con una frecuencia de dos a cuatro días o más**

Con la aplicación de la encuesta se encontró una prevalencia del 8.3% de la población con estreñimiento; acostumbraban defecar con una frecuencia inter diaria, o cada dos días; mientras que el 1.3% lo hacía entre tres y cuatro días. Sin embargo, en las entrevistas, los participantes estimaban que el asunto afectaba a más de la quinta parte de los pobladores. Este hecho era considerado por la mayoría de los participantes como un asunto normal; porque así lo hacían siempre tanto los familiares como los vecinos que tuvieron oportunidad de participar o crecer en otras invasiones, y también podía suceder en la zona sobre todo a partir del establecimiento permanente en sus respectivos lotes; se trataba entonces de una costumbre colectiva, practicada aparentemente de manera inconsciente, y como un hecho desvinculado de la salud que podía justificarse, desde una mirada externa, por vivir excluidos de los servicios de agua y alcantarillado. Por otro lado, como se trataba, de un asunto que se vivía de manera muy personal las respuestas o la explicación acerca de la frecuencia para defecar resultó muy desigual entre la

encuesta y las entrevistas; en la primera se consideraba normal defecar diario o cada 4 días o más; en cambio en las entrevistas se reconocía como un mal. En efecto desde el punto de vista de los médicos defecar después tres, cuatro o más días era una señal de mal funcionamiento del órgano digestivo; pero visto como un problema colectivo que afectaba a poco más de la quinta parte de las comunidades entonces se trataba de un tema de salud generado principalmente por determinantes sociales. (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Entrevistas. Resultados de la observación).

El estreñimiento que prevalece en las personas concuerda con actitudes de desinterés o de poca voluntad por instalar alternativas sanitarias en condiciones de ausencia de factibilidad para la instalación del servicio público de alcantarillado. En este sentido, era una práctica casi común o normal asignar como última prioridad un espacio marginal en el lote, conceder el tiempo mínimo y casi cero de recursos para la construcción, uso y mantenimiento de la letrina o pozo ciego familiar. Estas actitudes eran mucho más notorias en la etapa de invasión de los terrenos baldíos para la construcción informal de sus viviendas. La baja priorización de las letrinas en la asignación de recursos se pudo corroborar en varias situaciones como en el Focus group con hombres:

ES: Y ustedes tienen baños en sus viviendas?

Voces: En el silo nomas...

ES: Todos tienen silo?

Jesús: No, la mayoría no tiene.

Marino: Nosotros tenemos, pero mi silo está en la parte alta, y de noche me da miedo subir, porque hay perros salvajes; nunca subo solo; otras veces le digo a mi hermano que me acompañe; si no está me quedo así nomás.

ES: Pero puedes aguantar?

Marino: A veces, si no aguanto lo hago en alguna bolsa, ya al día siguiente lo boto.

Jesús: Creo que a esos perros, les gusta comer cuando esta calientito.

(Datos obtenidos en campo. Focus group con hombres. Anexo 9)

#### **4.1.3.4 Defecar en la calle o a campo abierto en su propio barrio**

Esta es una costumbre referida en las encuestas por las dos terceras partes de la población, como un hecho del pasado, practicada durante la infancia, o realizada



solo en los períodos vividos durante la invasión de los terrenos en los que han construido sus viviendas en las que actualmente residen; solo un poco más de la tercera parte, 37%, de los encuestados declararon que nunca lo habían hecho. (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia).

En la encuesta aplicada se logró registrar respuestas mucho más cautas sobre este asunto; pero en las entrevistas, señalaron de acuerdo a sus experiencias, que todos los que participaron en la invasión se vieron obligados por la fuerza de los hechos y las urgencias del cuerpo a practicar la descarga a campo abierto. Los que hoy declararon que no lo hicieron probablemente son los que llegaron cuando ya el asentamiento humano estaba formado y contaba con los servicios de agua y alcantarillado. En su conjunto el registro de prácticas no sanitarias estuvo por debajo de los registros por observación. Al cuantificar las observaciones se constató que en San Gabriel Alto que habría una población promedio del 16.5% que acostumbraba defecar a campo abierto; y un 25.6% a mear en el espacio público. Estos promedios aproximados estimados a través de la observación en la población de la zona eran superados por los asentamientos de Nueva Jerusalén y en Guadalupe; ya que en el primero, meaban aproximadamente el 28.1% y en el segundo, 32.7%; además defecaban 46.9% en el primero; y 28.1% en el segundo. (Datos obtenidos en campo. Ver cuadro 10: Hábitos para mear; y Cuadro 9: Hábitos para defecar en Resultados de la Observación. Anexo 10)

**Cuadro N° 14**  
***Experiencias de defecar a campo abierto***

<b>Tuvieron experiencia de defecar al aire libre</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No, Nunca	143	37,0
Lo hacían en el pasado	122	31,5
Solo cuando eran niños	51	13,2
A veces	44	11,4
Solo durante la invasión o en los primeros meses de formación del barrio	22	5,7
Siempre, o casi todos los días	1	0,3
No Respondió	4	1,0
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Anexo7: Resultados de la Encuesta

#### **4.1.3.5 Defecar por las noches en “cagaderos” del asentamiento formados por la práctica cotidiana y colectiva de grupos de madres con sus pequeños hijos**

El trabajo de observación intensiva permitió descubrir pobladores que tienen la costumbre de defecar a campo abierto, casi al doble de la cantidad que informan los mismos pobladores. El trabajo de observación en el ámbito de estudio se realizó en varios momentos. Los días martes y jueves de 08 a 12:00 horas; lunes, miércoles y viernes de 14:00 a 22:00 horas entre febrero y julio del 2007 este trabajo de observación sistemática fue posible porque se hizo de manera paralela a un trabajo de intervención social para un estudio definitivo de un proyecto de inversión en agua; luego se hizo un trabajo de observación entre setiembre y noviembre del 2014, pero con menos frecuencia. La observación, permitió descubrir que había efectivamente pobladores que practicaban esta forma de eliminar las excretas, mucho más que lo declarado en las encuestas. Se descubrió que era una práctica realizada por quienes no tenían en sus viviendas, desagües conectados a la red pública, ni acceso a la red de agua; además, facilitaba el hecho en los sectores que no contaban con alumbrado público. Otro hallazgo importante fue el descubrimiento de espacios vacíos en las partes altas y en las zonas despobladas que eran utilizadas como “cagaderos” públicos, a donde asistían grupos de 2 a 4 señoras con sus hijos pequeños al inicio de cada noche. Defecaban y se limpiaban con diversos objetos, hojas de periódicos, de revistas y cuadernos viejos, piedras; usaban diversos objetos que podían conseguir para el acto; pero lo común era que ninguno tenía la costumbre de lavarse las manos; porque no había agua en los espacios próximos. En buena cuenta lavarse las manos de manera individual o en grupo no era un hábito, no era una práctica adquirida por madres y niños pequeños; no era un ritual seguido por el ritual de la defecación colectiva y nocturna, aunque aparentemente las madres habían recibido la información de hacerlo, pero no recordaban, ni dieron muestras de intentar hacerlo. Defecar en grupo mirando las estrellas y sobre todo intercambiando información acerca de los acontecimientos del día, contando sus historias personales, o compartiendo los relatos y mitos de sus comunidades de procedencia o del tiempo de sus abuelos, parecía resultar placentero para estos grupos que poco frecuentaban los espacios externos de la comunidad urbana y los espacios públicos de la gran ciudad. Por su parte, las personas que trabajan lejos del asentamiento, encontraban, como

espacio alternativo para la descarga de sus excrementos, los bordes y recodos de los caminos que bajan de los cerros aprovechando las horas de obscuridad de la madrugada. Si es notoria la costumbre de excretar en los “cagaderos” comunitarios, en los caminos, en los espacios vacíos, entonces hay una relación directa entre esta práctica y el bajo nivel de desarrollo urbano, o el sentido rural del ámbito físico y cultural en que se encontraban los asentamientos de lenta transformación urbana. (Ver Cuadro 2 Condiciones sanitarias; Cuadro 10: Hábitos para defecar. Informe de Observación. Anexo 10)

#### **4.1.3.6 Echar excremento humano a los botaderos y/o en los camiones recolectores de basura de la Municipalidad**

En los botaderos de basura existentes en algunos asentamientos se descubrió la costumbre de echar excremento humano en bolsas plásticas o en bolsas con residuos sólidos y orgánicos. Esta es una costumbre complicada; envolver o embolsar excremento humano denota ausencia de asco o una forma de buena convivencia con el producto excretado; en todo caso hay algo de ambos, pero es frecuente encontrar en los basurales y en los camiones bolsas de basura con excremento de “contrabando”, como también es frecuente la queja de los trabajadores municipales que expresan su asco al recoger la basura. Este malestar lo han hecho saber los trabajadores municipales a los dirigentes vecinales, pero el asunto no cambia, como podría cambiar con la instalación del sistema de agua y alcantarillado. (Datos obtenidos en campo. Entrevistas; Resultados de la Observación)

#### **4.1.3.7 No acostumbran lavarse las manos después de defecar**

Casi en toda la población se observó que no se lavaban las manos después de defecar; incluso las familias que cuentan con agua y desagüe en sus viviendas no lo practican o no tienen la costumbre de hacerlo. Pero este hecho no es un elemento que marca la identidad solo de los pobladores del ámbito de estudio de esta Tesis; ya que se ha podido observar en los servicios higiénicos de muchos restaurantes, oficinas públicas y centros de trabajo diversos; tampoco es una cuestión de clase social o nivel educativo; por ejemplo, en las universidades solo practican el lavado de manos con agua y jabón entre el 20 y 30% inmediatamente después de defecar; esto se ha

podido observar en los servicios de diversas facultades de la Universidad de Lima, Universidad Ricardo Palma, PUCP y en la UNMSM desde los años de la década de 1990 hasta el 2014. El lavado de manos se ha convertido en tema de capacitación sanitaria, en una recomendación promocionada por los programas de salud desde los años 70, especialmente luego del evento de Alma Ata cuando se descubre su importancia para prevenir y controlar las enfermedades diarreicas. El lavado de manos se ha observado como un hábito que no ha logrado incorporarse en los pobladores del ámbito de estudio, por lo que se presume que no es importante como medio preventivo, y porque podrían estar considerando inconscientemente que el excremento que dejan es inofensivo, inocuo, que no lleva carga bacteriana alguna, por lo que las personas que están alrededor del “cagador” no correrían riesgo alguno.

#### **4.1.3.8 Beber con frecuencia su propia orina con fines preventivos y curativos. Mojar con orina la cabeza y partes del cuerpo para tratar estados febriles y dolores estomacales**

El uso de la orina no necesariamente significa el paso previo para el uso del excremento humano con fines curativos. Esto lo confirman los pobladores de la zona, ya que la mayoría, casi el 70% usa la orina, pero no el excremento humano. Se trata de una costumbre muy extendida, especialmente practicada por las mujeres, que lo utilizan para bajar las fiebres altas de sus hijos o para calmar los dolores de estómago mediante la aplicación externa y en menor escala bebiéndola.

**Cuadro N° 15**  
***Uso de la orina***

<b>Alguna vez ha utilizado Ud. La orina con fines curativos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	239	61,8
No	88	22,7
NS / NC	60	15,5

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Anexo7: Resultados de la Encuesta

Juan Castañeda, residente del asentamiento humano de Villa Limatambo, de 70 años de edad, natural de la provincia ayacuchana de Parinacopchas, después de haber observado durante muchos años a sus vecinos de San Gabriel Alto dijo en las entrevistas, “yo sé que mucha gente utiliza la orina para calmar los cólicos y los

dolores de cabeza.... Para eso tienen que tomar en la mañanita, inmediatamente después de miccionar” (J. Castañeda comunicación personal, 05 Noviembre 2014. Anexo 8)

#### **4.1.4 Creencias de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo acerca del excremento humano**

A continuación presentamos los resultados de la identificación y descripción de las creencias de los pobladores de la IV y V etapa de San Gabriel Alto acerca del excremento humano logradas mediante la aplicación de la encuesta, de las entrevistas, los focus group y la observación:

##### **CREENCIAS: Los pobladores de San Gabriel Alto creen que:**

- El excremento humano podría servir para prevenir enfermedades o calmar dolores; sirve de manera efectiva para resolver enfermedades o calmar dolencias
- Cuando utilizan excremento humano lo hacen para tratar determinados casos de enfermedad y de dolor
- El excremento humano era usado para ciertos casos en algunas zonas rurales; pero en la ciudad, se estaría usando para casos diferentes.
- El excremento humano que sirve para tratar enfermedades depende de dónde procede y el estado en que se encuentra
- Hay variadas formas de uso y aplicación del excremento humano para salvaguardar la salud
- El excremento humano normal tiene un color específico
- El excremento humano normal tiene una forma específica
- Hay La comida, las enfermedades, la forma cómo se vive determinan la forma y color del excremento humano.
- El excremento humano de mayor fetidez depende de su procedencia. El excremento humano más apestoso es de los foráneos; o de los que no trabajan; de los que están inactivos; de los viejos; o de los enfermos.
- Hay elementos que influyen en la pestilencia del excremento humano
- Si uno defeca al aire libre puede contagiar alguna enfermedad a su familia o

a sus vecinos

- Todo EH que está al aire libre en la ciudad puede ser fuente de transmisión o contagio de alguna enfermedad

*Figura 7. Creencias de los pobladores de San Gabriel Alto*

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Entrevistas

Las encuestas y las entrevistas mostraron comunidades y personas que tienen ideas y creencias en torno al excremento humano que no están conceptualizadas, aparentemente lo sienten, en algunos casos como separado del cuerpo y de la vida; pero que subyacen como mandato o como fuerzas para la ejecución de determinadas prácticas, hábitos y costumbres. Por eso ante las preguntas acerca de la naturaleza del excremento humano muchos coincidían en declarar que el tema de la pregunta nunca lo habían pensado. Pero en la entrevista a Manuel Gutiérrez, natural de Parinacochas, 50 años de edad, a la pregunta, ¿qué es para ti la caca? Al respecto dijo lo siguiente:

Es un desfogue del cuerpo humano; es el desperdicio que se bota, lo que no se puede guardar”. De inmediato el entrevistador ES, pregunta: ¿Entonces no sirve para nada?. Manuel: claro “que sirve; pero fresco. (...) La caca es remedio (...) sirve para curar quemaduras

(M. Gutiérrez, comunicación personal, E-07, 17 Octubre 2014. Anexo 8: Entrevistas Ejecutadas)

El entrevistado Gutiérrez y otras voces nos muestran que circula en el medio la creencia de que el excremento humano podría servir para prevenir enfermedades o calmar dolores.

Crear que el excremento humano tiene un poder mágico capaz de calmar dolencias, de prevenir y curar enfermedades ha sido una experiencia vivida por muchos grupos de las sociedades en estado de barbarie hasta las sociedades del siglo XXI, según testimonios y relatos contados por personas; como continuación de estos antecedentes se encontró en los asentamientos de San Gabriel Alto algunas personas, 7.5%, que creen en la efectividad calmante, curativa y preventiva del excremento humano; casi la tercera parte, 32.8% tiene dudas, no niega, ni afirma la creencia, como lo rechaza de manera explícita el 59.7%. La razón que podría explicar el

porcentaje que tiene esta creencia, es el 8.8% que afirma, en la encuesta, haber escuchado hablar en su “casa acerca del excremento humano para curar o prevenir enfermedades o calmar dolores” (Ver Cuadro16)

### **Cuadro 16**

#### ***Hablaron del excremento en su casa***

<b>Creencias y Actitudes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hablaron en su casa acerca de la utilidad del EH para prevenir o curar enfermedades o calmar dolores	34	8,8
<b>Creen que el EH sirve para prevenir o curar enfermedad</b>		
De ninguna manera	163	42,1
Podría ser	127	32,8
No creo	68	17,6
Si creo	29	7,5

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Anexo 7

La creencia en la efectividad del excremento humano para resolver enfermedades o calmar dolencias al parecer se mantiene de generación en generación, por eso la señora Jesús Poma natural de la provincia ayacuchana de Lucanas contaba en la entrevista “Hace mucho tiempo cuando yo era jovencita yo escuchaba a mis tías que lo usaban para hacer curaciones” (J. Poma, comunicación personal, 17 Setiembre 2014). Se trata de una creencia acerca de cómo se curaban los abuelos en la comunidad rural, pero que la mantienen los habitantes de una comunidad urbana.

#### **4.1.4.1 Cuando utilizan excremento humano lo hacen para tratar determinados casos de enfermedad y de dolor.**

En efecto el 22.7% cree que efectivamente hay quienes utilizan el excremento humano para calmar dolores, probablemente por su fácil acceso o porque no les queda otra alternativa. El 12.7% cree que el excremento humano es usado para tratar enfermedades. El 64.6% no respondió porque no sabía si efectivamente el excremento humano era o no usado para tratar enfermedades y o enfermedades.

**Cuadro 17*****Males que podrían tratarse con excremento***

<b>Males posibles de tratarse con EH</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Dolores	88	22,7
Enfermedades	49	12,7
No respondió	250	64,6

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia

Una gran mayoría de los encuestados, cree que la orina tiene poderes curativos, desinflamantes y desinfectantes, por lo que gozaría, en la zona de mayor aceptación y confianza que el excremento humano: un factor que limitaría su uso es aparentemente el fuerte olor que emana. Sin embargo, quienes rescataban o reconocían las propiedades curativas del excremento humano, creían que éste servía para atender graves situaciones de enfermedad o de evidente peligro de muerte, frente a los cuales la gente no piensa, ni apela por la orina; sino en las alternativas farmacológicas de la medicina occidental; y una fracción mucho más pequeña y de menos recursos en el excremento humano.

**4.1.4.2 El excremento humano era usado para ciertos casos en algunas zonas rurales; en la ciudad, se estaría usando para casos diferentes.**

En el área de estudio casi la mitad de los pobladores creen que el excremento humano se puede usar o aplicar a una serie de casos de enfermedad en salvaguarda de la salud. 19.9% cree que su uso y aplicación es para contrarrestar picaduras y mordeduras de animales venenosos de efectos irreversibles y rápidos; lo cual podría suceder con más probabilidades en el mundo rural. El 4.9% cree que se podría usar para enfrentar enfermedades degenerativas y cancerígenas, como también las que son incurables, raras o desconocidas. El 23% cree que podrían ser para “otras enfermedades”; en este agrupo, algunos creen que el excremento humano sirve para calmar dolores diversos o para tratar emergencias diversas. (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia.).



**Cuadro 18*****Creencias acerca del uso del excremento***

<b>Casos en los que creen que es posible utilizar el EH como solución</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Contra la picadura de arañas o alacranes	52	13,4
Contra la mordedura de víboras o perros rabiosos	25	6,5
Para tratar enfermedades incurables o desconocidas	14	3,6
Contra la diabetes, cáncer, sida o ebola	5	1,3
Cuando los médicos ya no pueden hacer nada con los desahuciados	3	0,8
Otras	89	23,0
No es usable	187	48,3
No responde	12	3,1
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Anexo 7 Resultados de la Encuesta

El 23.0% de los encuestados cree en la efectividad curativa del excremento humano para otras enfermedades; en este sentido algunos contestaron que podía servir para limpiar y proteger la piel. Varias señoras dijeron que la caca del neonato sirve para limpiar las manchas de la cara de la madre, como dos señoras de Huánuco (E-197) y (E-357), una de Sucre (E-318), de Andahuaylas (E352), dos de Ayacucho (E-48), (E-352); un señor de la tercera edad de Parinacochas aseguraba que sirve para desinfectar y cicatrizar heridas (E-223) igual que un joven puneño (E-17); otra señora de Andahuaylas (E-54) y otra de Jauja (298), decían que sirve para calmar los dolores de muela; solo había que morder un pedacito; un huancaíno, hijo de huancavelicanos, decía que sirve como repelente, para prevenir los efectos de los gases que pueden salir de un “tapado”, o de un tesoro inca o pe-inca desenterrado (E-156); un carpintero del Distrito de San Marcos decía que sirve para eliminar la fiebre amarilla (E266); además un señor de la tercera edad de Pampachiri, decía que sirve para calmar los dolores musculares (E273); mientras que adulto mayor de Cocharcas-Huancayo, decía que sirve para calmar el dolor de huesos (E-39) (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Anexo 7: Resultados de la Encuesta)

Acerca de la variedad de enfermedades que pueden tratarse con el excremento humano, el carpintero Pedro Ramos de Villa Limatambo dijo:

“Yo siempre he escuchado que el excremento humano sirve para curar la fiebre amarilla. Estando en Satipo yo he visto curar la fiebre amarilla mezclando caca seca con un poco de agua; eso se toma disuelto como jugo (P. Ramos, comunicación personal, 17 Octubre 2014. Anexo 8 Entrevistas Ejecutadas).

La misma señora Jesús Poma contó que su tía, ya viviendo en Lima, fue curada de preclamsia tomando café de un excremento humano que había sido traído de emergencia desde su comunidad de origen, por orden de la partera que le atendió.

JP: Mi tía, hermana de mi mamá, después de dar a luz se puso muy mal. Le había dado sobreparto, entonces le dijeron que alguien de la familia vaya a Ayacucho a recoger un balde de caca seca, secada a la intemperie: Eso lo recogieron y lo trajeron rápido; lo tostaron, molieron y como café calientito le hicieron tomar. Solo así se pudo sanar (J. Poma, comunicación personal, 17 Octubre 2014; Anexo 8 Entrevistas Ejecutadas)

Con el ánimo de confirmar la veracidad de su relato, la señora Jesús Poma, recalcó que el excremento traído de su comunidad, era seco y estaba en condiciones como para ser tostado, “como si fuera café” La curiosa se encargó de tostar, moler y hacerlo pasar por la cafetera, asegurándose luego, de que la parturienta tomara dicho brebaje como si se tratara efectivamente de un café caliente. Finalmente la entrevistada confirmó con aire de admiración que su tía había quedado curada. (J. Poma, comunicación personal, 17 Octubre 2014)

#### **4.1.4.3 El excremento humano que sirve para tratar enfermedades depende de dónde procede y el estado en que se encuentra.**

Quienes creen en la efectividad curativa del excremento humano, consideran de manera importante tener en cuenta el tipo de excremento. Por ejemplo, creen que es necesario conocer la procedencia del excremento, la edad y el sexo de la persona que lo produce; si debe ser de uno mismo o de un familiar. También creen que es necesario conocer el estado en que se encuentra el excremento para su aplicación. Por ejemplo, si debe estar recién evacuado, o debe ser una caca seca, deshidratada, haber estado a la intemperie; incluso si debe ser de la ciudad o debe haber sido producida en una comunidad rural, de donde proviene el paciente. En este sentido, casi la mitad de los pobladores encuestados, 45.0% creen que se utiliza una caca fresca o recién evacuada; algunos, 4.4% creen que solo se usa la caca excretada por los bebés. Además, en la encuesta se recogió respuestas excepcionales, como que solo se usa con fines curativos la “caca seca”, 1.3%; en otros casos consideraban que

debe ser la “caca tostada” o la “caca hervida”, 1.3% “la caca de uno mismo”, 0.5% (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Entrevistas).

### Cuadro N° 19

#### *Uso del excremento en casos de enfermedad*

Creencias acerca de la forma de usarse el excremento humano en casos de enfermedad	N	%
Fresco, o recién evacuado	174	45
Solo de otros, especialmente de los bebes	17	4,4
Seco	5	1,3
Cocinado (tostado, hervido, otros)	5	1,3
Solo de uno mismo	2	0,5
Otra forma	1	0,3
NS / NC	183	47,3

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Anexo 7

En el testimonio que presentó Jesús Poma, a través de la entrevista, destaca que la caca que puede curar tiene que ser de la comunidad rural, de la comunidad donde nacieron; en segundo lugar, tiene que ser seca, deshidratada al aire libre, a la intemperie. Probablemente porque creen que solo la caca de la comunidad campesina es limpia, no está contaminada, por eso es curativa; a diferencia de la que puede haber en Lima, que por ser una ciudad con una población muy diversa y enorme, el excremento generado estaría contaminado, sería contagioso por lo que entonces no podría ser usado.

Muchos años después, me dijeron que seguramente habría sido sobreparto; una señora después habló de preclamsia. No sé si eso habría sido. Eso mismo le había dado aquí a mi vecina el año pasado; es preclamsia decía su familia; entonces yo quise decirle que le dieran ese cafecito; pero después dije mejor no; porque no había quien vaya a traer esa caca de nuestra comunidad. (J. Poma, comunicación personal, 17 Octubre 2014. Anexo 8)

Hay variadas formas de uso y aplicación del excremento humano para salvaguardar la salud. Del total de los encuestados, el 52.7% informó que hay diversas formas de uso y aplicación del excremento humano para salvaguardar la salud. De este bloque, la mayoría cree que sólo es aplicable para uso externo. El 20.2%, cree que puede ser aplicado como emplasto para calmar dolores; a este se

agrega los que creen que se aplica como crema 8.3%; o preparado con yerbas para frotaciones; mientras un grupo más pequeño cree que se toma disuelto en jugo, o entreverado con los alimentos y los más modernos creen que puede ser tomado en capsulas y pastillas. (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia.).

## ***Cuadro 20***

### ***Formas de aplicarse el excremento en casos de enfermedad***

<b>Columna1</b>	<b>Columna3</b>	<b>Columna4</b>
<b>Creencias de la forma de aplicación del EH en casos de enfermedad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Solo en emplastos para desinflamar	78	20,2
Se usa como Cremas	32	8,3
Se toma disuelto como jugo	26	6,7
Solo se aplica con frotaciones mesclado con yerbas	21	5,4
Se toma como cápsula o pastilla	14	3,6
Entreverado con los alimentos	2	0,5
Otras formas	25	6,5
NS / NC	189	48,8
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Anexo 7

En las entrevistas, se destacaron diversas formas. Algunos señalaban que debía utilizarse solo, purito para calmar dolores; como los dolores de muelas; en este caso era necesario tenerlo en la muela. También puro y caliente en las frotaciones para calmar los dolores musculares o de huesos. Cuando era necesario ingerirlo, se recomendaba mezclarlo con jugos y con las comidas; también como emplasto mesclado con yerbas para curar parálisis facial. (Datos obtenidos en campo. Entrevistas). En este sentido es muy interesante el testimonio de Miguel Yucra natural de Macusani (Puno), actualmente residente en el Asentamiento Humano Nueva Jerusalén. Cuenta que cuando era niño, una mañana fue acompañando a su papá a la casa de su compadre, cuando llegaron lo encontraron muy mal; su señora dijo que Teodoro el curandero no estaba en su casa, por lo que un dirigente que también llegó con nosotros, ordenó traer a la señora de Teodoro, porque también era curandera y según este dirigente, ella sabía más que su marido. En la entrevista, Miguel Yucra cuenta como esta curandera de Macusani cura a un hombre afectado por una parálisis facial:

MY: Mirándolo dijo que no salga de su cuarto y que esté bien abrigado adentro. De ahí se fue a su casa y trajo unas yerbas, parecían que estaban secas; creo que olía como ruda. De ahí la señora nos dijo que hagamos caca; a mí y a sus hijos (...) y antes que el perro se lo coma, la señora corrió a recoger (...).

ES: ¿Era una caquita caliente?

MY: Si pues; después había molido las yerbas que trajo, creo que echando un poco de pichi; eso yo no vi; pero después lo mezcló bonito como una pasta la caca con las yerbas molidas que lo tenía en un tazoncito cerca de la cocina para que no se enfríe. Después, pidió algodón y con colonia creo, le puso en la nariz al señor y de ahí todo el emplasto lo puso sobre un pañal y se lo amarró alrededor de toda su cara. Creo que después con el agua de las yerbas enjuagó el tazón y le hizo tomar con cuchara; de ahí lo acostó y le dijo que no salga de la cama hasta pasado mañana. “No salgas para nada” así le dijo.

Al final de su relato Miguel Yucra cuenta los resultados de esta curación:

Yo ya no lo volví a ver, hasta el día de la fiesta, como un mes después y su cara estaba normal. Mi papá me dijo que la señora lo había enderezado, que toda su boca había estado bien torcida y bien hinchada

(M. Yucra, comunicación personal, 22 Octubre 2014. Anexo 8: Entrevistas ejecutadas)

Esta es una historia que se mantiene en los recuerdos y en las creencias de Miguel Yucra. Pero se trata de un hecho aparentemente real; de una práctica poco difundida; en este sentido, podría considerarse como una costumbre reservada a situaciones extremas de ciertas comunidades campesinas de Puno; pero que su manejo está reservado a ciertos maestros curanderos. En esta historia el curandero no estaba en su casa; la mujer sabía el problema pero no va, podría ser por no exhibir sus capacidades; pero finalmente va a la casa del enfermo por orden de un dirigente de la comunidad. Sin embargo, se trata de una creencia en la capacidad curativa del EH; porque no se sabe con certeza, si fue el EH el elemento que curó la parálisis facial ¿o fueron las yerbas? ¿O simplemente fue el reposo prolongado de 48 horas? ¿O fue la combinación de todos estos elementos?. Incluso se podría dudar si se trató exactamente de una parálisis facial. Al final quien nos contó el relato mantiene en su

memoria la creencia de que el EH tiene poderes curativos que lo pueden aplicar personas que saben del asunto y que al parecer es un testimonio que lo ha referido en varias oportunidades y que le ha permitido en el proceso hacer más verídico su relato.

El ayacuchano Juan Castañeda después de haber presenciado y escuchado muchas experiencias curativas con excremento humano, recomendaba su uso para tratar heridas. “Se usa como crema; se frota y en tres días ya queda cicatrizada. Para las heridas, el mejor cicatrizante es la caca como crema”; pero si se trata de enfermedades con otras complicaciones, Castañeda aseguraba que en tales casos era recomendable la preparación de “emplastos, con algunas yerbas y eso se pone en el cuerpo y rapidito te calma los dolores, es como si te desinflamara” (J. Castañeda, comunicación personal, 05 Noviembre 2014)

#### **4.1.4.4 El excremento humano normal tiene un color específico**

Para la gran mayoría, 64.1% el color del excremento humano normal es amarillo; sin embargo casi para un tercio de la población, 27.6% el excremento humano, no tiene un color fijo.

#### **Cuadro 21**

##### ***Creencias acerca del color excremento normal***

<b>Creencias acerca del color de un excremento normal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Amarillo	248	64,1
Marrón	31	8,0
Verde	1	0,3
No tiene un color fijo	107	27,6

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Anexo 7

#### **4.1.4.5 El excremento humano normal, tiene una forma específica**

Alrededor de las tres cuartas partes de la población cree que la forma del excremento humano tiene una forma alargada, cilíndrica, que podría asemejarse a un churro; por otro lado para el 2.6% el excremento normal tiene la forma de “bolitas duras”, es probable que para este grupo defecar cada tres o cuatro días también le parece normal; en contraposición habría un 1.8% que cree que es aguado, o como una masa de puré sin forma. Para la quinta parte de los encuestados, el excremento normal, no tiene “forma fija”, es decir unos días puede ser aguado; otros, una masa dura o bolas, es decir es una cuestión fluctuante, que puede cambiar todos los días. (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia.).

**Cuadro 22*****Creencias acerca de la forma excremento normal***

<b>Creencias acerca de la forma de un excremento normal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alargada "forma de churro"	292	75,5
De bolitas duras	10	2,6
Es aguado	5	1,3
No tiene forma, es como una masa de puré	2	0,5
Tiene otra forma	2	0,5
No tiene una forma fija	76	19,6

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Anexo 7

En las entrevistas, Julián Barreto, ambulante proveniente de Yauyos, dijo que cuando el excremento tiene la “forma de una cinta o de una pretina, como una lámina”, es ya para preocuparse porque “puede ser señal de una enfermedad, de un cáncer que está creciendo, obstaculizando el paso del excremento” (J. Barreto, comunicación personal, 22 Octubre 2014)

#### **4.1.4.6 La comida, las enfermedades, la forma cómo se vive determinan la forma y color del excremento humano**

Los pobladores de la zona de estudio tienen una gama de creencias acerca de los determinantes del color y la forma del excremento. La gran mayoría, 66.7% creen que la forma y el color del excremento humano dependen de los alimentos que se consumen; pero también creen que tienen relación con las enfermedades de la persona; en otros casos se atribuye a los estados de ánimo, a las preocupaciones y tensiones 1.0%; incluso a las actividades diarias que realizan las personas, es decir tiene relación con la ocupación 0.3%; en términos más estructurales hubo algunos encuestados que señalaron como posibles causales el sexo y la edad. (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia.).

### Cuadro 23

#### *Creencias acerca de los determinantes de la forma del excremento*

Creencias acerca de los determinantes de la forma del excremento normal	N	%
De los alimentos que se asume	258	66,7
De las enfermedades que tiene la persona	78	20,2
De las preocupaciones y tensiones o de la tranquilidad	4	1,0
Del sexo y la edad de la persona	3	0,8
De las actividades diarias	1	0,3
De otra forma	3	0,8
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

FUENTE: Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Anexo 7

#### 4.1.4.7 El excremento humano de mayor fetidez depende de su procedencia

En general, casi todos los pobladores coinciden en asociar al excremento humano olores fétidos o apestosos, por eso el 26.9% sostiene que “cualquiera” lo puede hacer; sin embargo hay una tendencia a creer que el excremento más apestoso viene de los hombres, 17.3%, a los que se agregan enfermos y viejos 26.4%. El 7.5% cree que proviene de las mujeres y solo el 1.3% cree que es la de los niños. (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia.).

### Cuadro 24

#### *Creencias acerca del excremento más apestoso*

Creencias acerca del EH más apestoso*	N	%
Cualquiera	104	26,9
Los hombres	67	17,3
Los enfermos	60	15,5
Los viejos	42	10,9
Las mujeres	29	7,5
Los niños	5	1,3
NS/ NC	3	0,8

FUENTE: Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Anexo 7

Con relación a la fetidez del excremento humano, Gregoria Prado ayacuchana de 60 años cree que “el excremento de las mujeres, ¿acaso apesta?. De las mujeres no apesta. Solo el excremento de los hombres apesta, porque comen como chanchos” (G. Prado, comunicación personal, 22 Octubre 2014)



#### 4.1.4.8 Hay elementos que influyen en la pestilencia del excremento humano

Si el excremento apesta o emite olores fétidos, unos más que otros se debe a una gama de factores, que tienen que ver con el consumo de alimentos, con el estado de salud o con los estilos de vida de tipo sedentario. La cuarta parte de los encuestados cree que las causales más importantes provienen de las comidas que consumen, 26.4%, en este caso estarían pensando en la descomposición bioquímica de los alimentos que emite gases siempre malolientes; pero el asunto se hace mucho más pestilente si las personas consumen “chatarra”, “chancho”, “en altas cantidades”, con una mala combinación de alimentos, en la calle y además, toman poca agua suman el 33.2%; pero también es más pestilente si las personas están enfermas, con “empacho” y están tomando medicinas suman un 32%; hay otras razones, también relacionados con los estilos de vida, en este sentido el 3.6% cree que el excremento es mucho más apestoso si las personas no se movilizan, si no hacen ejercicio. (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia.).

**Cuadro 25**

***Creencias de los factores que influyen en el olor del excremento***

<b>Creencias acerca de los factores que influyen en el mal olor del EH</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Depende lo que comen	102	26,4
Persona Enferma / Uso de medicina	49	12,7
Comen "chatarra" / calle	45	11,6
Mala digestión / Empacho	36	9,3
Comen mucho / como "chancho"	33	8,5
Mala combinación de alimentos	31	8,0
Toman poca agua	16	4,1
No se movilizan / Falta ejercicio	14	3,6
Otros	36	9,3

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Anexo 7

Según el ayacuchano Juan Castañeda la caca apestosa podría contener enfermedades y podría contagiar con solo tocarla, por lo que no es recomendable usar, en las curaciones, las cacas demasiado apestosas; cree que éstas serían de los jóvenes y de las personas estreñidas.

La caca más apestosa es de los jóvenes, porque ellos comen un montón y ahí mismo se sientan y duermen; no hacen la digestión correcta; y a veces cagan

todavía después de dos o tres días. Eso apesta fuerte (...) si lo tocas te contagias (J. Castañeda, comunicación personal, 05 Noviembre 2014)

#### **4.1.4.9 Si uno defeca al aire libre puede contagiar alguna enfermedad a su familia o a sus vecinos.**

Casi todos los pobladores, el 98.4% cree que efectivamente al defecar en la calle podrían contagiar enfermedades a su propia familia o a los vecinos. (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia.).

Todo EH que está al aire libre puede ser fuente de transmisión o contagio de alguna enfermedad. Casi todos declaran que cualquier EH, propio o de otras personas puede causar enfermedades porque es una fuente contaminada, de tal manera que esto les lleva a creer que sólo tocándolo podrían captar una enfermedad 70.3%, incluso creen que con solo olerlo, 28.4% quedarían contagiados. (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia.).

Sin embargo, hay personas que creen que todo excremento, sea de quien sea es contagioso, tanto de la familia de cada uno, como de personas desconocidas; por eso la señora Salomé Hurtado decía en la entrevista: “La caca es contagiosa porque tiene bacterias. Las bacterias son los virus, son como lombrices chiquitas con cabezas negritas. De noche salen, he visto cuando salen de mis hijos” (S. Hurtado, comunicación personal, 05 Noviembre 2014)

#### **4.1.5 Actitudes de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo acerca del excremento humano**

A continuación presentamos los resultados de la identificación y descripción de las actitudes de los pobladores de San Gabriel Alto frente al excremento humano, hallados mediante la aplicación de la encuesta, de las entrevistas, los focus group y la observación

**Los pobladores de la IV y V etapa de San Gabriel Alto tienen actitudes contrapuestas frente al excremento humano:**

- La familia permite a todos sus miembros hablar libremente del excremento humano
- Es una cosa que fastidia y quita tiempo
- Curiosidad por las señales que puede dar el excremento humano acerca de la salud de la persona, que lo produce.
- Una cosa que alegra porque es una buena señal
- Indiferencia ante el excremento expuesto al aire libre en la comunidad o alrededor de la vivienda
- Asco al oler o tocar su propio excremento
- Asco y repugnancia hacia el excremento de las personas extrañas a la comunidad
- Rechazo total porque tiene una imagen que ya no se puede borrar
- De acuerdo en usar en situaciones de emergencia
- De acuerdo en usar contra la diabetes, parálisis, cáncer y otras enfermedades que los médicos no pueden curar

*Figura 8.* Actitudes de los pobladores de San Gabriel Alto frente al excremento humano.

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Entrevistas

#### **4.1.5.1 La familia permite a todos sus miembros hablar libremente del excremento humano**

Hablar en la casa acerca del excremento humano y de sus propiedades curativas y preventivas, es un indicador importante para distinguir la actitud de una familia, si es o no permisiva y tolerante para tratar temas controversiales que, además, pueden despertar repugnancia. En este sentido, se halló, entre los pobladores, un 8.8% que en algún momento hablaron del asunto. (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia.).

#### **4.1.5.2 Una cosa que fastidia y quita tiempo**

Hay circunstancias en que el excremento es un asunto que fastidia en el sentido que la persona se siente obligada a dedicarle un tiempo. Por ejemplo, en circunstancias en que no tienen los servicios higiénicos instalados; cuando la persona no resuelve esta necesidad es afectada por el estreñimiento. Una situación parecida es descrita por la señora Salomé Hurtado. “Cuando estaba embarazada hacia la caca cada dos días y a veces hasta por más días. Para mí era muy doloroso defecar cuando comía frijoles. También era por el silo. El que teníamos era muy incómodo” (S. Hurtado comunicación personal, 05 Noviembre 2014)

#### **4.1.5.3 Curiosidad por las señales que puede dar acerca de la salud de la persona que lo produce.**

En San Gabriel Alto las personas encuestadas y entrevistadas observaban el excremento que dejaban; algunos decían porque no era posible en la letrina, tampoco en el cerro, porque lo hacían de noche; y en los servicios higiénicos del mercado, no les llamaba la atención observar el producto. Pero en el focus group discutieron la posibilidad de captar las señales del excremento en torno a la marcha de la salud de las personas; aunque se mostraron las discrepancias en la forma cómo veían el excremento.

Mirtha: cuando tienes una enfermedad que el médico no sabe qué cosa es. Entonces hacen análisis (...).

Rubén: Eso siempre hacen. (...)

Acacio: Dicen que en la caca se puede ver todo. (Datos obtenidos en campo. Focus Group 1. Anexo 9).

El grupo compara el excremento con el cambio de aceite de un vehículo; al hacerlo el mecánico puede tener el diagnóstico del motor observando el aceite que se ha extraído; de igual forma el médico puede saber qué enfermedades tiene la persona observando el excremento. Incluso consideraban que se trataba de un producto con mayor capacidad para reflejar o mostrar en su contenido, signos de enfermedades de todas las partes del organismo y no solamente para encontrar señales acerca del buen o mal funcionamiento del aparato digestivo. Sin embargo en el debate, creían que el análisis de heces ya no tiene importancia para el médico, ya sea porque no hace

preguntas al respecto en el consultorio y muy pocas veces se recurre al análisis. Por otro lado, tampoco las personas podrían saber qué enfermedades tienen si no sabe distinguir un excremento considerado enfermo, de otro supuestamente sano.

.-Acacio: Yo creo que viendo la caca no solo se puede saber si estás bien o mal del estómago; sino de todo el cuerpo.

Ramón: Eso es cierto, en la caca se puede saber todo.

ES: ¿Por qué se puede saber?

Acacio: Porque la caca tiene una gran cantidad de microbios que vienen de todo el cuerpo. Es lo que el cuerpo prácticamente elimina; pueden ser microbios muertos o enfermos (...) pero es de todo el cuerpo, del estómago, del corazón, del hígado, hasta del cerebro, de los nervios

Mirtha: Pero los médicos nunca ven la caca. Eso se queda en el laboratorio. Ni lo ven, ni lo huelen.

Ramón: Pero tú viendo tu caca todos los días; oliendo lo que haces; puedes saber si estás bien o mal.

Gloria: Ay qué cochino, quien va estar viendo, oliendo todavía. Aquí ni se puede ver en la noche, ni cuando se entra a la letrina...

Emilio: Pero para mirar o para oler habría que saber cómo es una caca enferma, cómo huele y cómo es cuando uno está sano de todo. (...) (Datos obtenidos en campo. Focus Group 1. Anexo 9).

#### **4.1.5.4 Indiferencia al ver, oler o tocar tu propio excremento**

Poco más de la mitad de los pobladores, encuestados declaran tener una actitud de indiferencia ante su propio excremento; mientras que alrededor de la tercera parte expresa tener una actitud moderada de asco; solo el 12.4% expresó que su actitud frente a su propio excremento es de mucho asco y de repugnancia. En ningún caso se expresó de manera abierta y literal, tener una actitud de identificación, de aceptación y de mucho gusto ante tal producto. (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia.).

**Cuadro 26*****Actitudes frente a las causas del mal olor del excremento***

<b>Actitudes ante los determinantes del mal olor del EH</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Depende lo que comen	102	26,4
Persona Enferma / Uso de medicina	49	12,7
Comen "chatarra" / calle	45	11,6
Mala digestión / Empacho	36	9,3
Comen mucho / como "chancho"	33	8,5
Mala combinación de alimentos	31	8,0
Toman poca agua	16	4,1
No se movilizan / Falta ejercicio	14	3,6
Otros	36	9,3

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Anexo 7

A los que no les llama la atención, o les parece indiferente el excremento, por lo general se ven obligados a manipular su excremento para eliminarlo. En la entrevista, el carpintero Pedro Ramos contestando la pregunta acerca del asco decía: “Pero por qué voy a tener asco. Me es indiferente” y luego cuenta aspectos de su vida cotidiana: “en las mañanas yo agarro mis heces, lo meto en una bolsa y lo llevo al montón o al camión recogedor de basura. Ya después me lavo las manos con agua y jabón” (P. Ramos, comunicación personal, 22 Octubre 2014).

En el mundo rural, el asco al excremento humano parece no manifestarse de manera tan radical como en la ciudad; hecho que se podría ver en la entrevistas a Miguel Yucra de Macusani, cuando cuenta la curación de una persona afectada por la parálisis facial con el excremento que él proporciona cuando era niño, y que la curandera haciendo un emplasto con yerbas se lo coloca en la cara amarrándolo con un pañal. A la pregunta si tuvieron asco cuando la curandera colocaba el emplasto de caca al paciente afectado por parálisis facial, el entrevistado dijo no. “No había pensado en eso. Yo solo pensaba que el señor estaba por morir y que había que salvarlo. Pero creo que nuestra caca, que dejamos, no apestaba, seguramente por las yerbas; pero el señor también tomó como varias cucharaditas” (M. Yucra, comunicación personal, 24 Octubre 2014. Anexo 8).

**4.1.5.5 Asco al oler o tocar su propio excremento**

En las encuestas muchos hablaron de sentir asco por su propio excremento; sin embargo cuando explicaban cómo embolsaban su excremento para llevarlos a los botaderos de basura, decían no sentir asco; a pesar que esto implicaba una

manipulación directa. Si se toma en cuenta las experiencias que tuvieron en sus comunidades de procedencia con la historia de sus padres y abuelos y las condiciones de exclusión de los servicios de alcantarillado en la ciudad, se puede concluir que el asco al excremento propio es puramente declarativo porque no concuerda con las prácticas.

#### **4.1.5.6 Asco y repugnancia hacia el excremento de las personas extrañas a la comunidad**

Alrededor del 60% de los encuestados consideran que el excremento es asqueroso y repugnante; pero simultáneamente el 58.9% señala que hay cosas peores o más asquerosas que el excremento. El asco al excremento, lo señalan los entrevistados, es por el olor que éste emite; se trata de un olor que está dentro de la mente, asociado a una imagen que es fácil de recordar. Por otro lado, una buena parte de los encuestados declararon que el excremento más apestoso y por lo tanto que podría despertar más asco es de los jóvenes porque comen de todo y en abundancia como lo hacen los cerdos; que no se mueven o no hacen ejercicios por lo que defecan cada tres o cuatro días, por estas razones tienen un excremento muy apestoso. El asco al excremento de las personas extrañas a la comunidad no es generalizado. En el focus group, Israel decía que es relativo porque se puede tener sexo con una mujer extraña “aunque huela a caca, porque el deseo es más fuerte que el asco”.

Israel: Eso depende, por ejemplo te encuentras con una chica y cuando ya estás en la cama, aunque huela a caca no importa, porque con el sexo todo te olvidas, ya no sientes.

Juan: Eso no puede ser

Israel: Así es, el sexo es más fuerte hasta le haces el beso negro (Datos obtenidos en campo. Focus Group 1. Anexo 9).

#### **4.1.5.7 De acuerdo en usar en situaciones de emergencia**

Hay una especie de acuerdo en gran parte de las comunidades urbanas de San Gabriel Alto para considerar el uso de excremento humano en situaciones de emergencia, en las zonas rurales, cuando no hay médico, o servicios de salud; sobre

todo cuando se haya sufrido la mordedura de un animal venenoso, de una víbora, de un alacrán, etc. o cuando se trata de una parálisis facial o dolores muy fuertes de muela, de músculos o huesos.

#### 4.1.5.8 Asco al olor del excremento humano

Si el excremento humano no emitiera el olor característico que tiene quedaría descartada la actitud de asco en el 35.6% de los pobladores; aunque unos lo afirmaban con firmeza; mientras que otros lo hacían de manera dubitativa respondiendo “podía ser” y un grupo pequeño que declaraba su indiferencia. Pero entre los que se aferraban a la actitud de asco es decir, hacia al excremento mismo, así éste pierda su olor, era un bloque que sumaba 41.9%. El rechazo o el asco al excremento se sustenta en razones culturales; por eso el 23.5% seguiría teniendo asco, aparentemente por la fuerza de la costumbre; o “porque está en la mente”, 8.8%; es decir, huela o no siempre se va a mantener el asco; pero también por la imagen del producto ampliamente reconocida, el 9.5% enfatiza en mantener el asco porque el excremento “sigue igual por su color y su forma”. (Datos obtenidos en campo. Encuesta propia.).

#### Cuadro 27

##### *Actitudes frente al olor del excremento*

Actitudes de asco ante el mal olor del EH	N°	%
Sería Igual, sigue siendo asqueroso	91	23,5
Así es, no sentiría asco	71	18,3
Quizás no, podría ser	57	14,7
Sería Igual, por su color / forma	37	9,6
Sería Igual, Esta en Mente / Inherente	34	8,8
Me es Indiferente	10	2,6
Otros	36	9,3
No especifica	51	13,2
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Encuesta propia. Anexo 7



## **4.2 Análisis, interpretación y discusión de resultados**

### **4.2.1 El excremento humano entre lo real y lo ideal**

No obstante que el excremento humano es un asunto ligado a la vida cotidiana de cada persona y a la dinámica de la vida social de las colectividades humanas, no ha recibido de éstos, ni de sus instituciones científicas y académicas la dedicación y la fuerza para pensar en su singularidad, como un resultado de los estilos de vida de las sociedades, de la diferenciación social y del conjunto de las relaciones sociales y sobre todo, porque no se ha tratado como tema de estudio y análisis, las percepciones, las ideas, lo que la gente cree y sus hábitos en torno a su propio excremento. No ha sido considerado objeto de abstracción y reflexión individual y colectiva en las comunidades científicas. Probablemente por el peso de su naturaleza, considerada como residual que emerge de un cuerpo también enfocado como puramente biológico; se ha enfatizado el foco de atención en el acto de traerlo, dejando su destino y su manejo a la suerte del tipo de sociedad y de sus tecnologías sanitarias alcanzadas. Como sociedad, más que pensar en el producto, es decir en el excremento mismo, se ha puesto más énfasis en ubicar el tiempo, el espacio y los costos para su evacuación y eliminación.

De un hecho comunitario ha pasado, en la actualidad, a convertirse en una práctica estrictamente individual de salud personal y de su tratamiento en espacios estrictamente privados y cerrados, pero con exigencias de tiempo personal a cada individuo y de recursos sociales que implican tanto presupuestos e inversiones públicas, como tecnologías de captación, evacuación y eliminación.

### **4.2.2 Contexto urbano y determinaciones múltiples de un resultado social y cultural**

El énfasis del estudio de esta tesis más que abordar el tema del excremento humano como un resultado biológico, ha interesado examinarlo como un resultado social y cultural. En general, todas las costumbres, creencias y actitudes son pautas o elementos interrelacionados que interactúan orgánicamente como expresiones de la cultura de una sociedad o de una comunidad influyendo como una fuerza, aparentemente externa, en la dinámica de la vida familiar y social, en el comportamiento y en la formación de la personalidad de los individuos, expresando

al mismo tiempo una forma de ser individual, o la identidad de toda una colectividad. Estos elementos son aprendidos y transmitidos de generación en generación mediante procesos que los científicos sociales llaman de socialización y endoculturación, que se caracterizan por su universalidad y a la vez por su singularidad, ya que lo experimenta toda la humanidad; pero de manera distinta y específica en cada pueblo y en cada etapa histórica. Por eso, es problemático considerar la existencia de una cultura limeña, por su historia, por sus procesos de formación y crecimiento; por las desigualdades y diferencias sociales y por la diversidad étnica y regional de sus habitantes. Lima es una mega ciudad muy diversa en términos sociales, económicos y culturales; y a la vez es una ciudad milenaria habitada por más de 10 millones de peruanos. Hasta los años 90 tuvo una población mayoritariamente migrante proveniente de todas las regiones del Perú; a partir del 2007, el censo de ese año daba cuenta de una Lima con una población mayoritariamente limeña. El Antropólogo José Matos Mar (2011) explica que Lima experimentó una explosión demográfica entre 1940 y el 2010; es decir su población se multiplicó por 25 veces en ese período. Los migrantes fueron campesinos sin tierra, comuneros y clases medias provincianas que llegaron a Lima con la ilusión de encontrar posibilidades de vida, de salud, de educación y de progreso; la energía que puso cada migrante para vencer los sufrimientos por el desarraigo, para enfrentar todos los desafíos de una Lima esquiva y para conquistarla, se transformó en una energía social a través de las múltiples relaciones sociales producidas en todos los campos de la vida (Sifuentes, E. 2009). Los migrantes transformaron Lima conservando su identidad regional de procedencia, pero generando y recreando nuevas identidades a partir de sus múltiples interrelaciones, en interacción con sus barrios o comunidades urbanas, con sus grupos de trabajo y de estudios. Los sociólogos han explicado los procesos que esta experiencia ha generado, con una serie de propuestas e interpretaciones, destacando las invasiones como la insurgencia de lo andino en la ciudad; el surgimiento del movimiento popular como nuevo actor político de dimensión nacional (López, S, 1995), la transformación de las barriadas en municipios; de vecinos en ciudadanos; de migrantes en nuevos limeños; de pobres y pobres extremos en clases medias emergentes; de ambulantes informales, en emprendedores y empresarios modernos; pero también de los procesos de cholificación (Quijano, A., 1972), del urbanización y de modernización.

El rápido crecimiento poblacional que tuvo Lima, generó una gama de brechas y desencuentros; lo que saltó de inmediato fueron las desigualdades de ingresos, derechos y oportunidades.

#### **4.2.3 Desencuentros entre creencias, actitudes y costumbres**

El asco al excremento humano es una actitud reciente en la historia de la humanidad y ha sido generada por grupos y pueblos que viven en condiciones de civilización anteriores a los procesos de determinación de la sociedad moderna; mientras que el uso y las creencias en el poder curativo, desinflamante, anestésico y desinfectante del excremento humano abarcan varios milenios ya que provienen de las sociedades que vivieron o que aún se encuentran en situaciones de barbarie, en suelos o ámbitos de civilización, de modernidad y de globalidad.

A pesar de su antigüedad, sobreviven las creencias en torno al excremento humano. En efecto, por su antigüedad el tema merece desarrollarse, pero por las creencias de una supuesta efectividad curativa, analgésica y desinflamante merece colocarse en la agenda de la investigación científica. En este trabajo, solo se ha tratado de indagar por las creencias que sobreviven tanto en el recuerdo como en la confianza para su aplicación, pero que en general se trata de creencias que se encuentran ocultas ante el peso y la hegemonía política y cultural de los sistemas de salud y del auge universal de la medicina occidental que lo descarta.

Por los testimonios y las entrevistas podría encontrarse una relación entre el uso del excremento humano y la situación de extrema pobreza y exclusión de muchas personas de la zona que les lleva a manifestar su confianza o su decisión de usar el excremento humano cuando se trate de enfrentar enfermedades incurables, o de tratamiento costoso y prolongado; sobre todo cuando están excluidos de los sistemas y seguros de salud y cuando saben de experiencias y testimonios de sus paisanos, vecinos y parientes que fueron salvados por el excremento humano. En este sentido el factor condicional para el uso del excremento humano serían las condiciones de pobreza y exclusión; aunque algunos atribuyen y justifican la posibilidad de su uso medicinal solo en contextos rurales alejados de la ciudad.

Las creencias y opiniones que tiene la gente acerca del excremento humano plantea la necesidad de hacer una revisión y ajustes a los programas de educación sanitaria, de atención primaria y de medicina preventiva.

Esta fuerte asociación entre el excremento y la pestilencia parecía tener una perspectiva de género; ya que se asociaba lo más pestilente a lo producido por los hombres y era el excremento de éste el que aparentemente generaba asco. En este sentido, la señora Gregoria Prado de 60 años, natural de Sara-Sara, frecuente consumidora de su propia orina, sostenía que no hay lugar para el asco hacia su excremento, porque “de las mujeres no apesta. Solo el excremento de los hombres apesta, porque comen como chanchos” (G. Prado, comunicación personal, 06 Noviembre 2014. Anexo 8 Entrevistas ejecutadas); sin embargo, tratando de suavizar su opinión, afirmaba que “el excremento no puede ser lo más apestoso de la vida, ya que hay cosas peores”.

El asco podría ser una actitud más de carácter urbano, ya que los entrevistados dijeron no haberlo sentido, cuando relataron sus experiencias de curación con excremento humano en contextos rurales, donde al parecer no habían otros conocimientos o alternativas médicas para tratar los casos referenciados, como la atención de la persona afectada por la parálisis facial en un pueblito cercano a Macusani, en Puno al que no solo se le colocó un emplasto de excremento con yerbas molidas y orines en la cara, sino también que tuvo que beber y quedarse con el emplasto por 48 horas. No solo era un contexto rural, sino también médico, de emergencia donde había que aceptar los olores como parte del ritual curativo. Ampliando el análisis de la curación de una parálisis facial con excremento humano en Macusani, es importante una reflexión adicional en torno a la persona que hizo esta curación. No fue el curandero reconocido del pueblo, por estar ausente; sino la mujer de éste, que pocos sabían de sus capacidades; pero ella va a atender el caso porque recibe la orden del dirigente de la comunidad, quien sabía que ella podía hacerlo diciendo al mensajero que la busque porque “ella sabe más” tal como relata Miguel Yucra. En segundo lugar, si la mujer sabía de la emergencia y su esposo estaba ausente, ¿por qué no fue inmediatamente a atender el caso?, ¿por qué tuvo que esperar la orden del dirigente?. Este hecho pareciera que se trataba de un conocimiento que escondía la mujer por algún temor; probablemente porque hay historias acerca del uso del excremento en rituales ligados a la brujería, y que con toda legitimidad no quería ser vista por el pueblo como tal. La reflexión final acerca de este hecho, es que el asco al excremento podría ser más de carácter masculino. La mujer no mostró ninguna expresión de asco durante todo el operativo visto por los familiares y las visitas presentes en la casa del enfermo. Que la mujer no tenga asco

probablemente tendría relación con las experiencias del parto, que Francisco Quevedo sintetiza en el primer verso de un clásico soneto acerca de las cuatro edades de la vida: “La vida empieza en lágrimas y caca” (Quevedo, F. 2006, p. 205)

En realidad hay una gama de creencias que el estudio de la tesis ha encontrado entre los pobladores, es este sentido un hallazgo importante podría ser el mito de la caca buena, que se puede descubrir en varios testimonios. Por ejemplo. La creencia relativamente extendida entre las mujeres, especialmente aquellas que están preocupadas por el cuidado de la piel, que creen que el excremento de los neonatos es altamente efectivo para eliminar manchas, arrugas y reconstituir el cutis deteriorado, no solo de las parturientas, sino de todas las mujeres en general. Mientras que por el lado de los hombres, éstos guardan historias que vienen de los abuelos, en sus comunidades rurales de origen, en el sentido de que el excremento humano, fresco y humeante o combinado con plantas curativas y aromáticas es efectivo como antídoto para detener y contrarrestar los efectos mortales de picaduras o mordeduras de animales ponzoñosos o venenosos; como también tienen la idea de que un dolor de muelas careadas causadas por bacterias puede controlarse y eliminarse con un ejército de bacterias llevadas en un centímetro cúbico de excremento humano. Pero también como familia, muchas personas recuerdan testimonios por haber participado o haber sido testigos de excepción al apoyar o solucionar emergencias y problemas de salud; como superar una parálisis facial con un emplasto de excremento humano con ruda y muña; o la de superar una preclamsia en plena ciudad de Lima, con un café de caca pasado gota a gota en las cafeteras tradicionales; con la seguridad de que se trataba de una caca secada a la intemperie de una comunidad campesina en Ayacucho, lugar de nacimiento de la parturienta.

Las creencias acerca de lo que podríamos bautizar como el “mito del excremento bueno”, que podría servir para múltiples usos, se encontraría en los campos de las comunidades rurales de donde provienen los migrantes; como una fuente inagotable de salud. A donde se debe regresar si cae enfermo en Lima; o por lo menos abastecerse de los elementos apropiados para recuperar la salud, incluso hasta el excremento, que se encuentra en los campos, secado por el sol y la helada nocturna. Pero también el excremento bueno es el que pertenece a la familia. El malo es el del extraño, del habitante de la ciudad. Mientras más diversa y heterogénea sea la ciudad el excremento urbano será más peligroso, contagioso y contaminante se encontraría únicamente en la familia y de manera muy limitada en la comunidad

urbana donde reside el portador de tal creencia. Calificando el excremento de los demás, de la diversidad urbana que habita las grandes ciudades como peligroso graso, contaminante y contagioso que puede transmitir una gama de enfermedades con solo verlo, olerlo o tocarlo podría constituir la base para no asumir o aceptar las prácticas de higiene y del lavado de manos antes de comer y después de defecar; y por otro lado para mantener las costumbres de defecación pública mediante la descarga a campo abierto que ha dado origen a cagaderos en la periferia y en las zonas vacías de la ciudad.

La información recogida en la zona también muestra un desencuentro entre las creencias, actitudes y costumbres de los pobladores. En el discurso declaran tener una actitud de asco al excremento humano; pero en las prácticas, hábitos y costumbres hay convivencia cotidiana, complacencia al empaquetar y un cierto gozo por molestar al recogedor de basura.

Hay también actitudes contrapuestas al momento de excretar. Para unos es una necesidad despreciable que exige tiempo en su atención, por lo que muchos residentes de estos asentamientos, le dedican un tiempo muy limitado, tan solo dos o tres veces a la semana, sintiendo su estreñimiento como un hecho normal en su estado de salud; en segundo lugar, al asignar la menor cantidad de recursos en materiales y tiempo para la construcción de letrinas generalmente en espacios marginales y oscuros del lote y del asentamiento humano. En este caso, se ve como un malestar el acto de excretar, porque también se trata de un producto que la persona ha perdido el interés por verlo, porque efectivamente creen que ya no sirve para nada.

Una actitud distinta es excretar en grupo; porque es como un ritual, es el momento del gozo, del encuentro entre señoras y sus hijos pequeños para descargar sus excretas bajo la luna en los cagaderos públicos, al ritmo que intercambian noticias del día, historias de sus comunidades, de sus abuelos, de sus ancestros; tratan creencias y mitos que ayudan a resolver preguntas y dificultades alrededor de la salud y de la vida cotidiana; es una práctica colectiva que termina con comparaciones y comentarios acerca de sus productos.

La importancia del tema tiene relación con los cambios epidemiológicos que vive el país en los últimos años; y que tiene la particularidad de presentar un lento proceso de reducción de las enfermedades transmisibles en el ámbito nacional y a la vez un proceso, con más velocidad que el anterior, que es de crecimiento de las

enfermedades degenerativas de alto costo que están afectando a las personas más pobres y más vulnerables por sus bajos niveles de instrucción, su exclusión del seguro y de los servicios de salud y en general por las condiciones precarias de vida. En esta situación las expresiones de asco y rechazo a los orines y al EH se mantienen, como es de esperar en la sociedad moderna.

Las difíciles condiciones de vida de los pobladores de San Gabriel Alto, durante los procesos de invasión de terrenos, formación de las barriadas, construcción de sus viviendas y lenta dotación de la infraestructura social, de agua y alcantarillado, les ha permitido convivir más amigablemente con su orina y sus excrementos, por lo que no tendrían dificultades para utilizarlos ante una gama de objetivos a partir de las creencias que se van cristalizando en los procesos de socialización del ámbito de estudio, pero también a partir de lo que cada poblador aporta con creencias y actitudes aprendidas unos en los procesos de socialización en sus comunidades rurales de origen, otros en los procesos de socialización urbana e incluso peri-urbana.

## CONCLUSIONES

1. Entre los determinantes, que predominan en la población estudiada destacan condiciones y estilos de vida en situación de pobreza y de exclusión de los servicios públicos; un contexto topográfico de altas pendientes, pedregoso y periurbano, de marginalidad e informalidad, en el que se establecieron grupos de familias de manera progresiva y por invasiones masivas montando viviendas precarias; de adaptación a condiciones de escases y riesgo sanitario, recreando pautas culturales provenientes de los procesos de socialización que experimentaron padres, abuelos y bisabuelos de los niños de la primera década del siglo XXI, en sus comunidades rurales de origen o en las urbanas donde se instalaron, como migrantes; mientras que en el escenario nacional predominan modelos económicos, proyectos políticos y políticas sociales que no incluyen soluciones estructurales a las necesidades básicas insatisfechas; además, transcurre un proceso de transición epidemiológica de lenta caída de las enfermedades contagiosas y transmisibles y de rápido crecimiento de las enfermedades crónicas y degenerativas que pone en desesperación a los más pobres que apelan, intentando curarse, a revivir métodos practicados con anterioridad a la civilización.
2. Existe un proceso de rápido crecimiento de la población y de las comunidades urbanas, junto a una lenta dotación de servicios básicos; se observaron viviendas construidas por dos o más generaciones de la familia, manteniendo como última prioridad la instalación de los servicios higiénicos y la atención de la salud familiar. Por ello se puede afirmar que hay una infraestructura deficitaria de viviendas y servicios básicos que sirve de base para el despegue de prácticas no sanitarias.
3. Entre las costumbres que predominan se encontró que la mayoría de los pobladores abandonados y en pobreza, buscan alternativas naturales, de bajo costo para tratar sus dolencias, así algunos manifestaron que hay un uso muy extendido de la orina para atender una gama de dolencias; además, de un uso secreto del excremento humano en condiciones de desesperación por algunas personas abandonadas, en pobreza, sin servicios ni seguros de salud, frente al dolor y el deterioro acelerado de su salud por los efectos de las enfermedades cancerígenas, crónicas y degenerativas.
4. Otra costumbre destacable de mencionar es que en algunas comunidades urbanas de San Gabriel Alto se observan grupos de mujeres con sus pequeños hijos subir a las partes altas de sus asentamientos, al inicio de cada noche para defecar en grupo, mientras intercambian historias de sus abuelos en sus



comunidades de origen; pareciera un ritual esperado de encuentro y socialización que genera más satisfacción y felicidad que posibilidades de asco o vergüenza entre los participantes. Sin embargo, hay personas que consideran el excremento como un fastidio por lo que no le conceden el tiempo necesario para excretarlo, reteniéndolo por más de tres o cuatro días; se estima que el estreñimiento afecta a más del 25% de los pobladores de la zona, principalmente mujeres.

5. La sobrestimación al excremento humano, producido en el campo en tiempo de los abuelos, se destaca en las creencias urbanas como un producto bueno; en contraposición, se expresan y asumen actitudes de asco y repugnancia al producido en la ciudad por considerarlo extremadamente apestoso y contagioso, capaz de transmitir enfermedades con solo olerlo o verlo, ya que proviene de gente desconocida, de foráneos, de una diversidad social múltiple, o de personas inactivas y sedentarias, que no trabajan, pero que comen como chanchos comidas chatarra y en grandes proporciones.
6. Otra creencia que destaca es que algunos pobladores muy pobres manifiestan, a escondidas, que el excremento humano tiene una gran efectividad para calmar una gama de dolores y para desinflamar cualquier parte del organismo, impidiendo que algunas inflamaciones deriven en males cancerígenos; incluso podría servir para tratar la diabetes u otras enfermedades con solo ingerir pequeñas cantidades. Al parecer estas creencias podrían tener cierta aceptación entre los enfermos crónicos, entre los más pobres, abandonados, sin seguro y sin posibilidades de acceso a los establecimientos de salud de mayor complejidad; contribuiría a la generación de tales creencias los contextos de transición epidemiológica hacia la prevalencia y mayor crecimiento de las enfermedades degenerativas, crónicas y cancerígenas.
7. Muchos pobladores creen que el excremento humano puede dar señales de determinados problemas de salud, por eso los médicos antiguos preguntaban por las características de las heces durante la consulta. Al parecer se ha reducido la práctica de observar lo excretado; entre otras razones por el uso de letrinas, o simplemente porque ya no tiene ningún sentido hacerlo.
8. Las costumbres, creencias y actitudes son pautas que aprenden y asumen los individuos a través de la familia a fin de adaptarse a un contexto y a integrarse a una comunidad. Estudiar estas pautas con relación al excremento humano ha servido para comprender la continuidad de prácticas no sanitarias que mantienen algunas comunidades urbanas a pesar de una persistente promoción de la educación sanitaria.

## RECOMENDACIONES

1. La perspectiva de un análisis de relativo determinismo que presenta el estudio debe ser enriquecido en la misma línea o complementarse con otras perspectivas analíticas a fin de profundizar el conocimiento de las pautas culturales de las poblaciones barriales y populares y de sus determinantes estructurales o coyunturales, como parte de los estudios y diagnósticos de la situación de salud.
2. Es recomendable en primer lugar que el Estado enfoque el déficit de viviendas y servicios básicos que afecta a los más pobres de la ciudad como base, tanto para la generación de prácticas no sanitarias de la población, como para la ineffectividad de los programas de educación sanitaria; por lo que es necesario que el Estado priorice programas de construcción de vivienda y servicios básicos para reducir a cero el déficit de estas necesidades.
3. Es recomendable la creación de seguros de salud para los más pobres que están afectados por enfermedades cancerígenas, crónicas y degenerativas.
4. Es recomendable que la Facultad de Medicina y de Ciencias Sociales de la UNMSM incluya, en una agenda de cooperación para la investigación científica, la identificación de los métodos curativos con orina y excremento humano supuestamente practicados por las poblaciones andinas y amazónicas.
5. Es recomendable que la Facultad de Medicina en cooperación con el Ministerio de Salud desarrollen proyectos de investigación acerca de las creencias y actitudes con relación al excremento humano, a fin de reformular los programas de higiene y educación sanitaria.
6. Es recomendable que las municipalidades pongan en marcha programas de desarrollo urbano con espacios públicos ordenados, que implique el asfalto, la iluminación y la limpieza de plazas, avenidas, calles y pasajes; en segundo lugar, es necesario la ampliación y mantenimiento de áreas verdes eliminando espacios vacíos que podrían estar siendo utilizados para prácticas no sanitarias. Poner fin a los botaderos de residuos sólidos y a los cagaderos públicos dentro y fuera de la ciudad.

7. Es recomendable que la Facultad de Medicina y de Biología incorporen en su agenda de investigación científica las particularidades de la composición bioquímica del excremento humano y sus efectos en los cuerpos afectados por las enfermedades cancerígenas crónicas y degenerativas de mayor prevalencia en la ciudad.
8. Es recomendable que la Facultad de Ciencias Sociales de la UNMSM incluya en sus investigaciones el estudio de los procesos de socialización y aprendizaje de pautas culturales entre los sectores en situación de pobreza y del acceso de éstos a los espacios públicos de la ciudad.
9. Es recomendable que la Facultad de Medicina y de Ciencias Sociales incluyan estudios acerca de los hábitos alimentarios, sanitarios y cotidianos, de los estilos de vida y de la prevalencia de algunas enfermedades nutricionales, digestivas en las comunidades urbanas en situación de pobreza y exclusión.
10. Es recomendable para la Facultad de Medicina y en general para el Sector Salud la evaluación de los protocolos que regulan el acto médico referido a la consulta; a fin de determinar la validez, la pertinencia, la necesidad o conveniencia de conocer las características del excremento humano en el diagnóstico de alguna dolencia que enfrenta el paciente.
11. Es recomendable para la Facultad de Medicina y de Ciencias Sociales la introducción, en sus planes de estudio, de cursos relacionados a la Sociología de la Salud a fin de conocer y analizar la cultura de las comunidades urbanas con relación a la vida y a la muerte; a la salud y enfermedad; al trabajo y al ocio. Conocer y comprender la especificidad de las pautas culturales de las comunidades urbanas, es básico para promover políticas y programas de salud con participación social orientadas a la conformación de ciudades y sociedades saludables.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ansi3n, J., Sifuentes, E. (1989). *La imagen popular de la violencia, a trav3s de los relatos de degolladores en Ansi3n*, J. Ed. Pishtacos de verdugos a sacaojos. Lima, Tarea; 61-105.
- Arroyo, J. (2012). *Pensadores de la Salud P3blica Contempor3nea*. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- BBC (2014) *Crean p3ldora de excremento congelado para tratar infecciones intestinales*. Recuperado de [http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/10/141013\\_salud\\_pildora\\_heces\\_infecciones\\_intestino\\_men](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/10/141013_salud_pildora_heces_infecciones_intestino_men)
- Bajt3n, M., (1999) *Cultura Popular en la Edad Media y el Renacimiento. El contexto de Francois Rabelais*. Madrid. Alianza Editorial
- Banda, K., Sarkar, R., Gopal, S., Govindarajan, J., Harijan, B. B., Jeyakumar, M. B.,... & Thomas, V. A. (2007). Water handling, sanitation and defecation practices in rural southern India: a knowledge, attitudes and practices study. *Transactions of the royal society of tropical medicine and hygiene*; 101(11): 1124-1130.
- Bauman,Z. (2005) *Amor l3quido. Acerca de la fragilidad de los v3nculos humanos*. M3xico: Fondo de Cultura Econ3mica.
- Bernabeu, J., Robles, E. (2000). Demograf3a y problemas de salud. Unas reflexiones cr3ticas sobre los conceptos de transici3n demogr3fica y sanitaria. *Revista Pol3tica y Sociedad* N335; 45-54.
- Bourke J. (1975). *Escatolog3a y civilizaci3n*. Madrid: Ediciones Guadarrama
- Bourke J. (2005). *Escatolog3a y civilizaci3n. Los excrementos y su presencia en las costumbres, usos y creencias de los pueblos*. Barcelona: NuerTrade. S.L.
- Bourdieu, P. (1998) *La distinc3n. Criterio y bases sociales del gusto*. Barcelona: Taurus Humanidades
- Caballero, A., (2011). *Metodolog3a integral innovadora para planes y tesis*. Lima. Instituto Metodol3gico
- Campos D3vila, J., Marroqu3n,R., Florews, R., Delgado, R. (2009) *Constructos te3ricos y pr3cticos para la elaboraci3n de una tesis de maestr3a y doctorado*. Lima: San Marcos

- Casanova, J. (2011) Cosmopolitanism, the clash of civilizations and multiple modernities in *Current Sociology*; 59 (2): 252-267, 777
- Castro Nogueira, L., Castro, M., Morales, J.(2013) *Ciencias sociales y naturaleza humana. Una invitación a otra sociología y sus aplicaciones prácticas*. Madrid: Editorial Tecnos
- Collier, D. (1978) *Élites y barriadas: de Odría a Velasco*. Lima: IEP
- Cueva A., Burgos D. (2003). *Ciudad de los Reyes, de los Chávez, los Quispe Lima*. Ed. Arellano Investigación de Marketing.
- Diccionarios Oxford-Complutense (2000) Diccionario de Ciencias. Madrid. Editorial Complutense
- El rincón del poeta (2015) Una mierda en el camino. Recuperado: <https://elrincondelpoetanuevo.wordpress.com/2015/05/28/una-mierda-en-el-camino-se-debe-de-respetar-porque-la-mierda-representa-el-que-fue-a-cagar-y-si-no-la-caga-revienta/>
- Elías N. (2011). *El proceso de la civilización*. México: FCE
- Elstyer, J. (2006). *El cemento de la sociedad*. Las paradojas del orden social. España: Gedisa editorial
- Flores-Guerrero, R. (2004) Salud, Enfermedad y Muerte: Lecturas desde la Antropología Cultural. *Revista Mad*. 10 (3) pp.21-29 Departamento de Antropología. Universidad de Chile Recuperado de: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/14783-1-39901-1-10-20110722%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/14783-1-39901-1-10-20110722%20(1).pdf)
- Frenk, J. (1994). *La salud pública de la población hacia una nueva Salud Pública*. México, La Ciencia133 – FCE
- Freud, S., (1970) *El malestar en la cultura*. Madrid, Alianza Editorial
- Francois R. (1979). *Gargantúa y Pantagruel*. Barcelona: Ed. Bruguera S.A
- Galvao, L., Finkelman, J., Senao, J. (2010). *Determinantes ambientales y sociales de la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud
- Giddens A. (2001). *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial. p. 58-59
- Municipalidad Distrital de Villa María del Triunfo (2011). *Plan de manejo de los residuos sólidos*. Gerencia de Servicios a la Ciudadanía y Gestión Ambiental de la Municipalidad Distrital de Villa María del Triunfo Recuperado de [http://www.munivmt.gob.pe/pdf/RESIDUOS\\_SOLIDOS.pdf](http://www.munivmt.gob.pe/pdf/RESIDUOS_SOLIDOS.pdf)
- Gómez, R., Vilcazán, E., De Arruda, E., Hespagnol, J., Cossio-Bolaños, M. (2012) Validación de un cuestionario para la valoración de la actividad física en

- escolares adolescentes. *Anales de la Facultad de Medicina*. Lima: UNMSM 73 (4): 307-3013.
- Grandez, A., Bedoya, S., Llacta, D., Jonis, D., Mori, J. (2012) Satisfacción de necesidades básicas en Villa María del Triunfo. *CIMEL* 17 (1) pp.31-36. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina.
- Harris, M. (2004). *Antropología cultural*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hernández, R., Méndez, S., Mendoza, C., Cuevas, A., (2017). *Fundamentos de investigación*. México, McGrawHill.
- Hernández R., Fernández C., Baptista P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Huang S., Hisiao M. (2002). *Coexistencia y síntesis: Globalización y localización cultural en Taiwán contemporáneo en Berger Peter y Huntington, Globalizaciones múltiples. La diversidad cultural en el mundo contemporáneo*. Argentina-Buenos Aires Ed. Paidós; 65.85
- INEI (2007). *Encuesta demográfica y de salud familiar*. Lima. INEI.
- INEI (2013). *Encuesta demográfica y de salud familiar*. Lima, INEI.
- La Porte D. (1989). *Historia de la mierda*. España, Pre-Textos.
- Lenise, M., De Spouza, M., Carraro, T. (2008). *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales*. Washington, D.C., OPS. Paltex Salud y Sociedad
- López, S. (1991) *El dios mortal. Estado, sociedad y política en el Perú del Siglo XX*. Lima: IDS
- López, S (1995) Estado régimen político e institucionalidad en el Perú 1950-1994. 22p. Lima, PUCP LDE. Recuperado de <http://files.pucp.edu.pe/departamento/economia/LDE-1995-01-22.pdf>
- López, S., (1997) *Ciudadanos reales e imaginarios. Concepciones, desarrollo y mapas de ciudadanía en el Perú*. Lima: IDS
- López, A., Toledo, F. (2009) *Una vieja historia de la mierda*, México: Centro de Estudios Mexicanos y Centro Americanos (CEMCA)
- Lossio J. (2003). *Acequias y gallinazos. Salud ambiental en Lima del Siglo XIX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Martínez, M., Briones, R., Cortés, J. (2013). *Metodología de la investigación para el área de la salud*. México, McGrawHill
- Marzal M., (2002). *Tierra encantada*. Lima: PUCP Fondo Editorial.

- Matos J. (1984). *El desborde popular y crisis del Estado. El nuevo rostro del Perú*. Lima: IEP
- Matos J. (2011). *Perú: Estado Desbordado y Sociedad Nacional Emergente*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Mendo, M. (2012). *Epidemiología y Salud Pública*. Lima, Ediciones Laborales.
- Meneses, M. (1998). *La Utopía Urbana. El Movimiento de pobladores en el Perú*. Lima, URP
- Meneses, M. (2009) *PROYECTO Servicios de consultoría para la promoción social, capacitación, diseño y supervisión de obras secundarias de agua potable y alcantarillado, convencionales, condominiales y con piletas y letrinas en diversos distritos del cono sur*. Informe Final para SEDAPAL. Lima. CONSORCIO CESEL, LOUIS BERIER, CARE
- Millones, L. (2000). *Dioses familiares*. Lima. Fondo Editorial del Congreso del Perú.
- Moreno, E., Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud; 3(1): 91-109. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
- Municipalidad Distrital de Villa María del Triunfo (2016) Mapa del distrito <http://observatoriourbano.org.pe/wp-content/uploads/2016/08/MAPA-DE-VILLA-MARIA-DEL-TRIUNFO-web.jpg>
- Nazrul, I., (2010). Indigenous Medicine as Commodity: Local Reach of Ayurveda in Modern India. *Current Sociology*; 58 (5): 777-798
- Norbert, E., (1994) El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas. México: Fondo de Cultura Económica
- Oliver L. (1996). *El cólera y los barrios de Guadalajara en Marcos Cueto, Salud, cultura y sociedad en América Latina*. Lima: Es IEP.
- Onofre Mamani, L. (2013) Medicina Tradicional Aimara-Perú. *Comunicacion. Revista de Comunicación y Desarrollo*. 4 (1) pp. 46-56 Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4498/449844866005.pdf>
- Oswald, W., Hunter, G., Lescano, A., Cabrera, L., Leontsini, E., Pan, W., & Gilman, R. (2008). Direct observation of hygiene in a Peruvian shantytown: not enough handwashing and too little water. *Tropical medicine & international health*, 13(11), 1421-1428

- Pajuelo G., Lujan D., Paredes B. (2005). Estudio de enteroparásitos en el Hospital de Emergencias Pediátricas. *Rev Med Hered*; 16 (3).
- Pérez, R. (2000) *De la magia primitiva a la medicina moderna*. México: La Ciencia154
- Perdiguero, E., Comellles, J. (Editores) (2000) *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Editions Bellaterra.  
<http://www.megaupload.com/?d=6R3ZM7RM>
- Quevedo, F. (2006) -CDXXVII a- Pronuncia con su nombre los trastos y miserias de la vida. En: El Parnaso español. BIBLIOTECA Virtual Universal. Recuperado de <http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/parnaso-espanol-sonetos--0/html/>
- Restrepo, A., Robledo, J., Leiderman, E., Restrepo, M., Botero, D., Bedoya, V. (2004). *Fundamentos de Medicina Enfermedades infecciosas*. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas. OPS.
- Revista Electrónica Imágenes (2018) México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <http://www.revistaimagenes.esteticas.unam.mx/>
- Reyna V. (1998). *La soba del cuy y el daño en Ruth Burstein*. Lima: Cristal de Psicoterapia.
- Salazar, A. (1989). *Experiencias en salud en el contexto de las acciones coordinadas*. Ate Vitarte. En DESCO, Salud tarea de todos. Ed. DESCO, Lima.
- Secretaría de Salud (2018). *Boletín Epidemiológico Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Sistema Único de Información*. Lima. MINSA. Semana del 9 de Abril. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia-boletin-epidemiologico>
- Senet, R. (1997) *Carne y Piedra El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental*. Madrid: Alianza Editorial
- Serrano, E. (1994). *Legitimación y Racionalización. Weber y Habermas: la dimensión normativa de un orden secularizado*. España: Ed Anthropos Promat, Coop. Ltd.
- Sierra, R., (1986) *Tesis doctorales y trabajos de investigación científica*. España: Thompson
- Sifuentes, E. (2009). *Energía social Libertad y Bienestar. Nuevos enfoques de desarrollo*. Lima: San Marcos



- Sifuentes, E. (2012). Energía social y teoría sociológica. *Revista Sociología* 18 (22) 313-328. Lima: Escuela de Sociología UNMSM.
- Sifuentes, E. (2014). Orina y excremento entre sociedades, remedios y salud pública. *Revista Sociología* N° 24. Lima: Escuela de Sociología UNMSM.
- Stake, R. (1999) *Investigación con estudios de caso*. Madrid, Morata
- Ulrich B. (2000). *¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo respuestas a la globalización*. Argentina: Ed. Paidós,
- Tamayo, J. (2001). *Estrategias para diseñar y desarrollar proyectos de investigación en ciencias de la salud. T. I y T. II*. Lima: Comtempo.
- Ulrich, B. (2009). *La sociedad del riesgo global*. México: Siglo XXI.
- Vara, A. (2015). *7 Pasos para elaborar una tesis*. Lima: Editorial MACRO.
- Vigarelo, G. (1991). *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la edad media*. España: Ed. Alianza Editorial
- Zárate, E. (2013). *Los inicios de la higiene de Lima. Los médicos y la construcción de la higiene*. S/e Lima
- Zárate, E. (2014). *La mayor epidemia del Siglo XIX. Lima, 1868 Fiebre amarilla*. Lima: NOVO DEZAIN SAC.

# ANEXOS

# ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES. MATRIZ DE CONSISTENCIA

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Tipo	Escala	Instrumento
Costumbres	Son todas aquellas acciones, prácticas y actividades que son parte de la tradición de una comunidad o sociedad.	24. Escucharon en casa hablar del EH para calmar dolores y curar enfermedades	Cualitativo	Nominal	Encuesta  Entrevista Focus group
		36. Número de veces de defecación por día por persona	Cualitativo	Nominal	
		38. Número de vecinos que defecan a campo abierto en su propio barrio	Cualitativo	Nominal	
		40. Número de personas que echan EH a botaderos y/o camiones de basura	Cualitativo	Nominal	
		41. Número de personas que recuerdan lo que hacen después de defecar	Cualitativo	Nominal	
Creencias	Son ideas compartidas acerca del mundo, del pasado y del futuro. Se basan en el sentido común, en la sabiduría popular, en la religión, en la ciencia o en una combinación de estos elementos.	42. Creen que EH previene o cura enfermedades, heridas y calma dolores	Cualitativo	Ordinal	Encuesta Entrevista  Focus group
		23. Creencias acerca de los males que podrían tratarse aplicando EH	Cualitativo	Nominal	
		25. Casos en los que creen posible aplicar el EH.	Cualitativo	Nominal	
		26. Forma adecuada del EH (fresco / seco) para tratar enfermedades	Cualitativo	Nominal	
		27. Forma de uso (interno / externo) o aplicación del EH en casos de enfermedad	Cualitativo	Nominal	
		28. Color normal del EH	Cualitativo	Nominal	
		29. Forma normal de EH	Cualitativo	Nominal	
		30. Determinantes de la forma y color del EH	Cualitativo	Nominal	
		31. Creencias en torno a las personas que producen el EH más apestoso	Cualitativo	Nominal	
		34. Creen que el excremento propio o de la familia dejado al aire libre puede causar enfermedades a ellos mismos o a sus vecinos	Cualitativo	Nominal	

Variable	Definición	Indicador	Tipo	Escala	Instrumento
		35. El EH al aire libre puede ser fuente de transmisión o contagio de alguna enfermedad	Cualitativo	Nominal	
		37. Creencias de las formas de contagiar enfermedades con EH	Cualitativo	Nominal	
		42. Creen que el EH es lo más asqueroso y repugnante que hay en la vida	Cualitativo	Nominal	
Actitudes	Es el comportamiento que se asume y que se traduce en actos de aceptación, indiferencia o rechazo.	33. Actitudes al ver, oler o tocar el excremento propio	Cualitativo	Nominal	Encuesta Entrevista Focus group
		44. Actitudes posibles si el excremento no tuviera mal olor	Cualitativo	Nominal	
		38. Número de personas que defecan a campo abierto en su propio barrio	Cualitativo	Nominal	
		39. Número de personas obligadas por las circunstancias a defecar al aire libre	Cualitativo	Nominal	
		40. Echan excremento a los botaderos y a los camiones que recogen basura	Cualitativo	Nominal	

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGIA
<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Cuáles son las costumbres, creencias y actitudes de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo acerca del excremento humano?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECIFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las costumbres de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo acerca del excremento humano?.</li> <li>• ¿Cuáles son las creencias de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo acerca del</li> </ul>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Describir las costumbres, creencias y actitudes que tienen los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo acerca del excremento humano.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar y describir las costumbres de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo acerca del excremento humano.</li> <li>• Identificar y describir las creencias de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito</li> </ul>	<p><b>VARIABLE.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Costumbres acerca del excremento humano (EH)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recuerdan que en la casa paterna se hablaba del uso del EH</li> <li>- Número de veces de defecación por día por persona</li> <li>- Número de personas que defecan en su propio barrio</li> <li>- Número de personas que echan EH a botaderos y/o camiones de basura</li> <li>- Número de personas que recuerdan lo que hacen después de defecar</li> </ul> </li> <li>• <b>Creencias sobre el excremento humano</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creen que el EH previene o cura enfermedades, heridas y calma dolores</li> <li>- Males que podrían tratarse aplicando EH</li> <li>- Casos en los que creen que es posible aplicar el EH</li> <li>- Forma adecuada del EH (fresco/seco) para tratar enfermedades</li> <li>- Forma de uso (interno /externo) o aplicación del EH en caso de enfermedad</li> <li>- Color normal del EH</li> <li>- Forma normal del EH</li> <li>- Determinantes de la forma y color del EH</li> <li>- Creencias en torno a las personas que producen el EH más</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>TIPO DE ESTUDIO:</b> Estudio de alcance exploratorio y descriptivo; observacional, transversal y prospectivo.</p> <p><b>DISEÑO DE INVESTIGACION:</b> Enfoque mixto, cuanti-cualitativo.</p> <p><b>POBLACION Y MUESTRA:</b> <b>Población:</b> La población de estudio está constituido por 16,202 habitantes hombres y mujeres, entre 18 a 80 años residentes de la IV y V etapa de San Gabriel Alto, Distrito de Villa María del Triunfo. Lima <b>Muestra:</b> se incluyó una submuestra no probabilística “concurrente o en paralelo” en lo cualitativo. Y en lo cuantitativo, se asumió una sub muestra probabilística por conglomerados.</p>

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGIA
<p>excremento humano?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las actitudes de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo acerca del excremento humano?.</li> </ul>	<p>de Villa María del Triunfo acerca del excremento humano.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar y describir las actitudes de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo acerca del excremento humano.</li> </ul>	<p>apestoso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Creen que el excremento propio o de la familia dejado al aire libre puede causar enfermedades a ellos mismos o a sus vecinos</li> <li>- El EH al aire libre puede ser fuente de transmisión o contagio de alguna enfermedad</li> <li>- Creencias de las formas de contagiar enfermedades con EH</li> <li>- Creen que el EH es lo más asqueroso repugnante que hay en la vida</li> <li>• <b>Actitudes frente al excremento humano</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitudes al ver, oler o tocar el excremento propio</li> <li>- Actitudes posibles si el excremento no tuviera mal olor</li> <li>- Número de personas que defecan a campo abierto en su propio barrio</li> <li>- Número de personas obligadas por las circunstancias a defecar al aire libre</li> <li>- Echan excremento a los botaderos y a los camiones que recogen basura</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:</b></p> <p>Observación, entrevistas, focus group y encuestas.</p> <p>En lo cualitativo, se ejecutaron 10 entrevistas a pobladores hombres y mujeres de los AAHH de la zona; y 03 focus group, de los cuales uno fue mixto con hombres y mujeres; además se observaron 360 familias en sus respectivas viviendas, el espacio público</p> <p>Para lo cuantitativo se ejecutaron 387 encuestas.</p> <p><b>INSTRUMENTOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía de observación, guía de entrevista no estructurada y guía de focus group.</li> <li>Cuestionario para la encuesta.</li> </ul>

**ANEXO 2: FICHA DE ENCUESTA**

<b>UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS</b> <b>FACULTAD DE MEDICINA</b> <b>MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA</b> <b>Estudio : CREENCIAS Y ACTITUDES ACERCA DEL EXCREMENTO HUMANO (EH)</b>	<b>Responsable: Eudosio H. Sifuentes León</b> <b>oct-14</b>
--	--

Nombre del Asentamiento Humano: .....

1	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">Sexo</td> <td style="width: 95%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Masculino</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Femenino</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Otro</td> </tr> </table>	Sexo		1	Masculino	2	Femenino	3	Otro	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">Nombre del entrevistado .....</td> <td style="width: 95%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Dirección ....</td> <td style="width: 95%;"></td> </tr> </table>	Nombre del entrevistado .....		Dirección ....																		
Sexo																															
1	Masculino																														
2	Femenino																														
3	Otro																														
Nombre del entrevistado .....																															
Dirección ....																															
2	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">Edad</td> <td style="width: 95%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>De 18 a 30 años</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>De 31 a 50 años</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>De 51 a 70 años</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>De 71 a más</td> </tr> </table>	Edad		1	De 18 a 30 años	2	De 31 a 50 años	3	De 51 a 70 años	4	De 71 a más	4	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">Grado de instrucción</td> <td style="width: 95%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Sin instrucción</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Primaria</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Secundaria incompleta</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Secundaria completa</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Superior técnico incompleto</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td>Superior técnico completo</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7</td> <td>Superior universitario incompleto</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8</td> <td>Superior universitario completo</td> </tr> </table>	Grado de instrucción		1	Sin instrucción	2	Primaria	3	Secundaria incompleta	4	Secundaria completa	5	Superior técnico incompleto	6	Superior técnico completo	7	Superior universitario incompleto	8	Superior universitario completo
Edad																															
1	De 18 a 30 años																														
2	De 31 a 50 años																														
3	De 51 a 70 años																														
4	De 71 a más																														
Grado de instrucción																															
1	Sin instrucción																														
2	Primaria																														
3	Secundaria incompleta																														
4	Secundaria completa																														
5	Superior técnico incompleto																														
6	Superior técnico completo																														
7	Superior universitario incompleto																														
8	Superior universitario completo																														
3	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">Estado civil</td> <td style="width: 95%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Soltero</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Conviviente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Casado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Divorciado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Viudo</td> </tr> </table>	Estado civil		1	Soltero	2	Conviviente	3	Casado	4	Divorciado	5	Viudo																		
Estado civil																															
1	Soltero																														
2	Conviviente																														
3	Casado																														
4	Divorciado																														
5	Viudo																														

5	¿Dónde naciste?			
	1	Departamento	2	Provincia
			3	Distrito
	.....			
6	Lugar de nacimiento de tus padres			
	1	Departamento	2	Provincia
			3	Distrito
	.....			
7	Desde cuándo vives en este AH de San Gabriel Alto			
	1	Mes .....	2	Año.....
	.....			
8	¿Dónde vivías antes de vivir aquí?			
	1	Siempre viví aquí		
	2	Viví dentro de San Gabriel Alto, pero en otro A.H.		
	2	Viví en otro lugar (Especificar)		
	3	Departamento	4	Provincia
			5	Distrito
			6	A.H. /Comunidad
	.....			
9	Servicios que dispone en la casa (OM)		10	La casa donde vives actualmente es...?
	1	Agua	1	Propia
	2	Desagüe conectado a la red pública	2	Alquilada
	3	Luz eléctrica	3	Solo estás alojado
	4	Gas natural	4	Otro
	5	Teléfono fijo		
	6	Internet		
	7	Cable mágico /otro		
	8	De 1 a 3 celulares		
	9	De 4 a más celulares		
			11	¿Cuántas personas viven en tu casa?
			1	De 1 a 3 personas
			2	De 4 a 6 personas
			3	De 7 a más personas



12	¿En qué clase social te ubicas?					
	1	Alta	4	Baja	7	Rico
	2	Media	5	Baja-baja	8	Acomodado
	3	Media-baja	6	NS /NC	9	Pobre
					10	Muy pobre

13	Comparándote con tus vecinos de San Gabriel Alto, tu te consideras:				
	1	Rico			
	2	Acomodado			
	3	Normal			
	4	Pobre			
	5	Muy pobre			

## SALUD

14	En lo que va del año (Enero-Julio 2014) tú o algún miembro de tu familia estuvo enfermo?				
	1	Sí, solo uno			
	2	Sí, dos o más			
	3	Nadie se ha enfermado			

15	¿De qué se enfermaron?				
	1	Diarreas - EDAS			
	2	Gripes - IRAS			
	3	Otras enfermedades ¿Cuáles? .....			

16	¿En lo que va del año ha muerto alguna persona de tu barrio?	
	1	Si, solo uno
	2	Sí, dos o más
	3	No, ninguno
	4	NS /NC

17	Crees que la orina puede servir para impedir o curar enfermedades?	
	1	Si
	2	No
	3	No sabe

18	Qué enfermedades podrían ser enfrentadas con la orina?	
.....		

19	¿Cómo crees que se usa la orina en las curaciones?	
	1	Tomando la orina recién miccionada
	2	Tomando la orina días después de la miccion
	3	Frotándose
	4	NS/NC

20	La orina utilizada para calmar dolores o tratar alguna enfermedad, debe ser:	
	1	De un niño
	2	De la misma persona
	3	De una persona sana
	4	De cualquier persona

21	¿Cree Ud. que EH podría servir para prevenir o curar alguna enfermedad o calmar dolores?	
	1	Podría ser
	2	Si creo
	3	No creo
	4	De ninguna manera

22	¿En el supuesto caso que se utilice el EH con fines medicinales, para que tipo de enfermedad sería:	
	1	Dolores .....
	2	Enfermedades .....

23	¿Alguna vez hablaron en tu casa acerca del EH para prevenir o curar enfermedades o calmar dolores?	
	1	Si
	2	No

24	¿En qué caso o en qué casos cree usted que se pueda aplicar o usar el EH?	OM
	1	Para tratar enfermedades incurables o desconocidas
	2	Contra la picadura de arañas o alacranes
	3	Contra la mordedura de víboras o perros rabiosos
	4	Contra la diabetes, cáncer, sida o Ébola
	5	Cuando los médicos ya no pueden hacer nada con los desahuciados
	6	Otras
	7	No es usable

25	¿Cómo cree Ud. que se utiliza el EH en casos de enfermedad? (OM)			
	1	Fresco, o recién evacuado	5	Solo de uno mismo
	2	Seco	6	Solo de otros, especialmente de los bebes
	3	Cocinado (tostado, hervido, otros)	7	NS/NC
	4	Otra forma		

26	¿Cómo cree que se aplica el EH en casos de enfermedad? (OM)			
	1	Se toma como cápsula o pastilla		
	2	Se toma disuelto como jugo		
	3	Entreverado con los alimentos		
	4	Solo se aplica en frotaciones mesclado con yerbas		
	5	Solo en emplastos para desinflamar		
	6	Otras formas		
	7	NS /NC		

27	¿De qué color es el EH normal? (OM)			
	1	Amarillo		
	2	Marrón		
	3	Verde		
	4	No tiene un color fijo		

28	¿Qué forma tiene el EH normal? (OM)			
	1	De bolitas duras		
	2	Alargada "forma de churro"		
	3	No tiene forma, es como una masa de puré		

4	Es aguado
5	Tiene otra forma
6	No tiene una forma fija

29	Alguna vez Ud. a escuchado hablar del uso del EH para calmar dolores o tratar alguna enfermedad:	
	1	Si
	2	No
	3	NS/NC

30	De qué depende la forma y el color del EH (OM)	
	1	De los alimentos que se consume
	2	Del sexo y la edad de la persona
	3	De las actividades diarias
	4	De las preocupaciones y tensiones o de la tranquilidad
	5	De las enfermedades que tiene la persona
	6	De otros factores

31	¿Quiénes podrían hacer el EH más apestoso?	
	1	Los hombres
	2	Las mujeres
	3	Los niños
	4	Los viejos
	5	Los enfermos
	6	Cualquiera
	7	NS/ NC

32	¿Qué es lo que sientes al ver, oler o tocar tu propio excremento?	
	1	Siento mucho asco o repugnancia
	2	Siento un poco de asco
	3	Me es indiferente
	4	Cierta satisfacción y gusto
	5	Otras sensaciones
	6	NS / NC

33	¿Suponiendo que hicieras la KK al aire libre, crees que esa KK podría causar alguna enfermedad a tu familia o a tus vecinos?	
	1	Si
	2	No
	3	NS /NC

34	Crees que todo EH que está al aire libre puede ser fuente de transmisión o contagio de alguna enfermedad?	
	1	Si
	2	No
	3	Si, solo de los enfermos
	4	Solo de los extraños
	5	NS / NC

35	¿Con qué frecuencia defecas o haces la kk?	
	1	Una vez cada día
	2	Dos o más veces por día
	3	Interdiario
	4	Cada tres días

5	Cada 4 o más días
---	-------------------

36	¿De qué manera cree Ud que una persona se podría contagiar de alguna enfermedad con el EH?
----	--

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Oliendo el EH  |
| 2 | Tocándolo  |
| 3 | Comiendo "alimentos mosqueados"                        |
| 4 | De ninguna forma porque el EH no contiene enfermedades |
| 5 | NS / NC  |

37	En San Gabriel Alto hay personas que defecan en la calle o a campo abierto en su propio barrio?
----	---

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1 | Sí hay y son muchos        |
| 2 | Sí hay, pero son pocos     |
| 3 | Si hay, pero son muy pocos |
| 4 | No hay, nadie lo hace      |
| 5 | NS / NR                    |

38	Dado que es difícil el acceso a los servicios higiénicos públicos, se ha visto alguna vez obligado a defecar al aire libre?
----	---

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Siempre, o casi todos los días   |
| 2 | A veces  |
| 3 | Lo hacía en el pasado.   |
| 4 | Sólo durante la invasión o en los primeros meses de formación del barrio |
| 5 | Solo cuando era niño   |
| 6 | No. Nunca  |

39	¿Alguna vez ha echado EH en los botaderos y/o en los camiones de basura? (OM)	
----	---	--

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 1 | A los botaderos                      |
| 2 | A los camiones recogedores de basura |
| 3 | A los lotes sin vivencia             |
| 4 | Lo entierro en el lugar que hago     |
| 5 | No. Nunca                            |

40	La última vez que fue a defecar, recuerda ud. que hizo inmediatamente:	
----	--	--

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Nada. Me puse a continuar mis actividades de siempre |
| 2 | Me lave las manos con agua y jabón                   |
| 3 | Me lavé solo con agua                                |
| 4 | No me lavé las manos                                 |
| 5 | No recuerdo.   |

41	¿Cree usted que el EH es lo más asqueroso y repugnante que hay en la vida?	
----	--	--

- |   |         |
|---|---------|
| 1 | SI      |
| 2 | NO      |
| 3 | NS / NC |

42	¿Por qué?	
----	-----------	--

.....



### ANEXO 3: GUÍA DE ENTREVISTAS

1. Los entrevistados: serán descubiertos por los encuestadores durante el proceso de encuesta. Serán las personas que se muestren muy interesadas en informar mucho más de los límites que plantean las preguntas de la encuesta. Cuando esto se observa, el encuestador pedirá permiso al encuestado para sacar su cuaderno o grabadora para registrar lo que está interesado en informar. Pedirá nuevamente permiso para el registro de sus datos personales y pasar a las preguntas. Es decir en pleno proceso de encuesta, pasan a la entrevista por acuerdo entre el participante y el encuestador, quien pasa a convertirse en entrevistador, en consonancia con el tipo de muestra no probabilística, concurrente y en paralelo.
  
2. Datos del entrevistado:
  - 1) Lugar de nacimiento
  - 2) Edad
  - 3) Estado civil
  - 4) Grado de instrucción
  - 5) Ocupación actual
  - 6) Cuenta con servicios higiénicos en su casa: Letrinas o servicios conectados a la red?
  
3. Costumbres, hábitos, prácticas, experiencias
  - 7) Ha participado en la invasión o en la formación del asentamiento humano
  - 8) Cuando no había agua y alcantarillado en su asentamiento, cómo solucionaba sus necesidades fisiológicas
  - 9) Ha defecado alguna vez en la calle, en las partes altas o espacios vacíos del asentamiento?
  - 10) Alguna vez ha escuchado hablar acerca del uso del excremento humano para solucionar casos de emergencia o enfermedades?
  - 11) En qué circunstancias le ha parecido necesario y útil hacer uso del excremento humano.
  - 12) Por qué cree que el excremento tiene olores muy fuertes.
  - 13) Qué es lo que influye en el color, forma y olor del excremento humano

#### 4. Creencias

- 14) Qué es para usted el excremento humano?
- 15) Cree que tiene alguna utilidad. Sirve para algo?
- 16) Qué piensa de las señoras y sus hijos y de las personas que defecan a campo libre
- 17) Por qué cree que se deben lavar las manos con agua y jabón después de defecar.
- 18) Una persona normal, con qué frecuencia normal debe defecar.
- 19) Cree que viendo su propio excremento las personas pueden saber si están bien de salud o están con alguna enfermedad?

#### 5. Actitudes

- 20) Siente asco al ver excremento en las calles, camino a su casa?
- 21) Tiene asco por su propio excremento? O solo al excremento de los demás
- 22) Se lava las manos después de defecar?

Se aplicaría en el cuerpo un emplasto de excremento en caso de sentir muchos dolores?

**ANEXO 4: GUIA DE FOCUS GROUP**

Tema: Costumbres, creencias y actitudes de los pobladores de San Gabriel

Alto en torno al excremento humano

1. Convocar a las personas seleccionadas por lo menos con 2 días de anticipación, explicando el objetivo de la reunión que está orientado para un estudio en Salud Pública en la UNMSM
2. Asegurar que todos los asistentes se encuentren cómodamente sentados y con sus tarjetas de identificación
3. Invitar una gaseosa y galletas poco antes de iniciar la reunión
4. Inicio de la reunión
5. El facilitador o la facilitadora se presenta, indicando su nombre, profesión y su objetivo en la reunión. Adicionalmente presenta a las personas que apoyarán la reunión tomando notas, grabando y cuidando el orden y silencio
6. El facilitador presenta una pequeña historia que anime a intervenir a los asistentes con preguntas y opiniones en torno a dicha historia.
7. Se inicia el debate; cuidar que todos intervengan evitando que alguien monopolice la reunión. Estimular y motivar permanentemente la participación.
8. La persona que apoya debe registrar todos los gestos y comportamientos de cada uno de los asistentes
9. La reunión debe durar alrededor de una hora. Puede terminar 15 minutos antes o 15 minutos después.
10. Agradecer a todos por el apoyo al estudio.
11. Preparar los informes utilizando los apuntes y observaciones de los gestos y comportamientos de los asistentes y desgravando toda la reunión

**ANEXO 5: GUÍA DE OBSERVACIÓN****G.O.N:** \_\_\_\_\_**Asentamiento Humano de:** \_\_\_\_\_**Zonas observadas:** \_\_\_\_\_**1. Terreno y espacio del Asentamiento Humano:**

Espacio plano	( )
Calles con pavimentos	( )
Suelo arenoso	( )
Espacio en declive	( )
Calles de tierra y piedras	( )
Espacio limpio y ordenado	( )
Suelo pedregoso	( )
Botaderos de basura	( )

**2. Condiciones sanitarias del A.H. y la percepción de éstas**

Con frecuencia discurren aguas servidas están estancadas	( )
Existencia de alumbrado eléctrico en todo el AH	( )
Existencia de red pública de agua	( )
Existencia de redes de agua y alcantarillado	( )
Existencia de cagaderos altamente utilizados alrededor del Asentamiento	( )
Existencia de cagaderos poco utilizados alrededor del A.H.	( )
Papeles utilizados, residuos y huellas de EH en los caminos	( )
Percepción de olores de orina y meados en gran parte del AH	( )
Percepción de olores de orina y meados en algunos espacios del AH	( )
Percepción de olores de EH en gran parte del AH todo el día	( )
Percepción de olores de EH en algunos espacios del AH en algunas horas	( )

### 3. Estado de la construcción de las viviendas

- Construcciones terminadas ( )
- Casas a medio construir ( )
- Casas de material precario ( )
- Cocinas con pisos de tierra ( )

### 4. N° de habitaciones por vivienda en la zona

- Con una o dos habitaciones ( )
- Con tres o cuatro habitaciones ( )
- Con cinco o más habitaciones ( )
- Con una habitación para defecar y lavarse las manos ( )

### 5. Manejo y situación de limpieza de las viviendas

- Casas muy sucias y desordenadas ( )
- Más o menos limpias ( )
- Patios y habitaciones usadas como meaderos ( )

### 6. Letrinas familiares por vivienda

- Viviendas con letrinas sucias, sin ventilación o colmatadas y sin uso ( )
- Letrinas precarias y sin uso ( )
- Con letrinas operativas y limpias ( )
- Con letrinas poco usadas ( )
- Sin letrinas ( )

### 7. Viviendas con acceso a los servicios de agua y alcantarillado

- Viviendas con servicios conectados a la red pública de agua y alcantarillado ( )
- Viviendas que se abastecen de agua con camiones cisterna ( )
- Viviendas que se abastecen de agua con mangueras ( )
- Viviendas sin acceso al agua

## **8. Manejo y funcionamiento de los servicios higiénicos en la vivienda**

- Viviendas con servicios básicos (Lavatorio, water, ducha) ( )
- Viviendas sin lavatorios, o separados del water o de la letrina ( )
- Viviendas sin servicios ( )

## **9. Hábitos para defecar**

- Defecan siempre dentro de su vivienda (Letrinas o bolsas) ( )
- Defecan a campo abierto solo en las noches (Cagaderos) ( )
- Defecan fuera de su comunidad (Mercado o en el trabajo) ( )

## **10. Hábitos para mear**

- Mean siempre en la letrina ( )
- Mean en latas, botellas, bacines, etc. que se mantienen un día o más ( )
- Mean en el patio de la vivienda ( )
- Mean en la vía pública ( )
- Toda la vivienda huele a orina ( )

## **11. Hábitos de higiene personal**

- Defecan y siempre se lavan las manos con agua y jabón ( )
- Defecan y a veces se lavan las manos sin jabón ( )
- Defecan y no acostumbran lavarse las manos ( )

## **12. Convivencia colectiva con el excremento humano**

- Alta, extendida y permanente ( )
- Mediana y eventual ( )
- Escasa y eventual ( )
- No se registra

## **13. Situación saluda del Asentamiento Humano**

- Saludable ( )
- Poco saludable ( )
- No saludable ( )

## ANEXO 6: GUÍA PARA LA BASE DE DATOS

### A. Características sociodemográficas

1. Edad
 

18-30 años ( )	31-50 años ( )	51-70 años ( )	71 a más ( )
----------------	----------------	----------------	--------------
2. Sexo
 

Masculino ( )	Femenino ( )
---------------	--------------
3. Estado civil
 

Soltero/a ( )	Casado ( )	Conviviente ( )	Viudo/a ( )	Divorciado ( )
---------------	------------	-----------------	-------------	----------------
4. Grado de instrucción
 

Sin instrucción ( )	Primaria ( )	Secundaria ( )	Superior técnico ( )	Superior Universitario ( )
---------------------	--------------	----------------	----------------------	----------------------------

### B. Aspectos de ubicación

1. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_
2. Lugar de nacimiento de los padres: \_\_\_\_\_
3. Desde cuándo vives en este AH de San Gabriel Alto: \_\_\_\_\_
4. ¿Dónde vivías antes de vivir aquí?  
\_\_\_\_\_

### C. Características de vivienda

1. La casa donde vives actualmente es:
 

Propia ( )	Alojada ( )	Alquilada ( )	Otro ( )
------------	-------------	---------------	----------
2. Cuantas personas viven en tu casa:
 

De 1 a 3 personas ( )	De 4 a 6 personas ( )	De 7 a más ( )
-----------------------	-----------------------	----------------
3. Accesos de servicios básicos

Agua ( ) Desagüe ( ) Luz ( ) Gas Natural ( ) Teléfono fijo ( )  
Internet ( ) Cable mágico ( )

4. N° de celulares

Ninguno ( ) De 1 a 3 celulares ( ) De 4 a más ( )

**D. Características socioeconómicas**

1. En qué clase social tu ubicas:

Alta ( ) Media ( ) Media –Baja ( ) Baja ( ) Baja –Baja ( )

2. Comparándote con tus vecinos de San Gabriel Alto, tú te consideras

Acomodado ( ) Normal ( ) Pobre ( ) Muy pobre ( )

**E. Características de salud**

1. En lo que va del año (Enero-Julio2014) tú o algún miembro de tu familia estuvo enfermo

Si, solo uno ( ) Si, dos o más ( ) Nadie se ha enfermado ( )

2. De que se enfermaron

Gripes ( ) Diarrea ( ) Otras enfermedades ( ) \_\_\_\_\_

3. En lo que va del año ha muerto alguna persona de tu barrio

Si, solo una ( ) Si, dos o más ( ) No, ninguno ( )

**F. Costumbres, creencias y aptitudes sobre el Excremento Humano**

1. La orina puede servir para impedir o curar enfermedades

Si ( ) No sabe ( ) No ( )

2. Que enfermedades podrían tratarse con la orina

\_\_\_\_\_

3. Alguna vez ha utilizado Ud. La orina con fines curativos

Si ( ) No ( )

4. Cómo crees que se usa la orina en las curaciones

Tomando la orina recién miccionada ( )



Frotándose ( )

Tomando la orina días después de la micción ( )

5. La orina utilizada para calmar dolores o tratar alguna enfermedad, debe ser:

De cualquier persona ( )

De la misma persona ( )

De una persona sana ( )

De un niño ( )

6. Cree Ud. que EH podría servir para prevenir o curar alguna enfermedad o calmar dolores

Si creo ( ) Podría ser ( ) No creo ( ) De ninguna manera ( )

7. En el supuesto caso que se utilice el EH con fines medicinales, para qué tipo de enfermedad sería

Dolores ( )

Enfermedades ( )

8. Especifica: \_\_\_\_\_

9. Alguna vez hablaron en tu casa acerca del EH para prevenir o curar enfermedades o calmar dolores

Si ( ) No ( )

10. En qué caso o en qué casos cree que se pueda aplicar o usar el EH

\_\_\_\_\_

11. Como cree Ud. que se utiliza el EH en casos de enfermedad

\_\_\_\_\_

12. De qué color es el EH normal

Amarillo ( ) Marrón ( ) Verde ( ) No tiene un color fijo ( )

13. De qué forma tiene el EH normal

Alargada "forma de churro" ( )

De bolitas duras ( )

Es aguado ( )

No tiene forma, es como una masa de puré ( )

Tiene otra forma ( )

No tiene una forma fija ( )

14. De qué depende la forma y el color del EH

---

15. Quienes podrían hacer el EH más apestoso

Cualquiera ( )    Los enfermos ( )    Los hombres ( )    Los niños ( )

Los viejos ( )

16. Por qué cree Ud.

---

17. Que es lo que sientes al ver, oler o tocar tu propio excremento

Siento mucho asco o repugnancia ( )

Siento un poco de asco ( )

Me es indiferente ( )

Otras sensaciones ( ) \_\_\_\_\_

18. Suponiendo que hicieras la KK al aire libre, crees que esa KK podría causar alguna enfermedad a tu familia o a tus vecinos

Si ( )    No ( )

19. Crees que todo EH que esta al aire libre puede ser fuente de transmisión o contagio de alguna enfermedad

Si ( )    Si, solo los enfermos ( )    No ( )

20. Con que frecuencia defecas o haces la KK

Una vez cada día ( )    Dos o más veces por día ( )    Interdiario ( )

Cada 3 días ( )    Cada 4 a más días ( )

21. De qué manera cree Ud. que una persona se podría contagiar de alguna enfermedad con el EH

Tocándolo ( )

Oliendo el EH ( )

Comiendo "alimentos mosqueados" ( )

De ninguna forma porque el EH no contiene enfermedades ( )

22. En San Gabriel Alto hay personas que defecan en la calle o campo abierto en su propio barrio

Si hay y son muchos ( ) Si hay pero son pocos ( ) Si hay pero son muy pocos ( ) No hay, nadie lo hace ( )

23. Dado que es difícil el acceso a los servicios higiénicos públicos, se ha visto alguna vez obligado a defecar al aire libre

Siempre, o casi todos los días ( ) A veces ( )

Solo cuando era niño ( ) Lo hacía en el pasado ( )

Solo durante la invasión o en los primeros meses de formación del barrio ( )

No, Nunca ( )

24. Alguna vez ha echado EH en los botaderos y/o en los camiones de basura

A los botaderos ( ) A los camiones recogedores de basura ( )

A los lotes sin vivencia ( ) Lo entierro en el lugar que hago ( )

No, nunca ( )

25. La última vez que fue a defecar, recuerda Ud. que hizo inmediatamente

Me lave las manos con agua y jabón ( )

Me lave solo con agua ( )

Nada. Me puse a continuar mis actividades de siempre ( )

No recuerdo ( )

26. Cree usted que el EH es lo más asqueroso repugnante que hay en la vida

Si ( ) No ( )

27. ¿Porque?: \_\_\_\_\_

28. Si no oliera la KK tan mal, cree Ud. que no se sintiera asco

\_\_\_\_\_

## ANEXO 7:      RESUSLTADOS DE LA ENCUESTA

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los pobladores del Asentamiento Humano  
San Gabriel Alto 2014**

<b>Características Generales</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Femenino	234	60,5
Masculino	150	38,7
No específica	3	0,8
<b>Edad</b>		
18 -30 años	119	30,7
31-50 años	172	44,4
51-70 años	89	23,0
71 a más	7	1,8
<b>Estado Civil</b>		
Conviviente	214	55,3
Casado	94	24,3
Soltero	69	17,8
Viudo	4	1,0
Divorciado	2	0,5
No específica	4	1,0
<b>Grado de Instrucción</b>		
Sin Instrucción / Primaria	112	28,9
Secundaria	262	67,7
Superior Técnico / Universitario	10	2,6
No específica	3	0,8
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

**Tabla 2. Características de migración de los pobladores del Asentamiento Humano San Gabriel Alto 2014**

<b>Aspectos de Ubicación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>¿Dónde Naciste?</b>		
Lima	105	27,1
Apurímac	59	15,2
Junín	43	11,1
Ayacucho	38	9,8
Puno	24	6,2
Huancavelica	17	4,4
Arequipa	15	3,9
Huánuco	14	3,6
Amazonas	11	2,8
Cajamarca	8	2,1
Pasco	8	2,1
Otros	44	11,4
No especifica	1	0,3
<b>Lugar de Nacimiento de tus padres</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Apurímac	64	16,5
Ayacucho	53	13,7
Junín	48	12,4
Lima	33	8,5
Puno	30	7,8
Pasco	21	5,4
Arequipa	18	4,7
Huancavelica	18	4,7
Cajamarca	15	3,9
Huánuco	13	3,4
Amazonas	12	3,1
Ancash	11	2,8
Otros	32	8,3
No especifica	19	4,9
<b>¿Cuánto tiempo vives aquí?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
< 5 años	54	14,0
5 - 10 años	123	31,8
> 10 años	196	50,6
No especifica	14	3,6
<b>¿Dónde vivías antes de vivir aquí?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Viví en otro lugar	141	36,4
Viví dentro de San Gabriel Alto, pero en otro A.H	138	35,7
Siempre viví aquí	59	15,2
No especifica	49	12,7
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

**Tabla 3. Acceso a servicios básicos en los pobladores del Asentamiento Humano San Gabriel Alto 2014**

<b>Servicios Disponibles*</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Luz eléctrica	328	84,8
Agua	244	63,0
Desagüe conectado	191	49,4
Cable mágico / otro	91	23,5
Teléfono fijo	32	8,3
Internet	19	4,9
Gas natural	12	3,1
<b>Celulares</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ninguno	40	10,3
1 - 3 celulares	322	83,2
4 a más celulares	25	6,5
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100,0</b>

\*Respuesta Múltiples (N=387)

**Tabla 4. Características de vivienda de los pobladores del Asentamiento Humano San Gabriel Alto 2014**

<b>Características de Vivienda</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>La casa donde vives actualmente es....</b>		
Propia	358	92,5
Alojada	9	2,3
Alquilada	8	2,1
Otro	12	3,1
<b>Cuántas personas viven en tu casa</b>		
De 1 a 3 personas	62	16,0
De 4 a 6 personas	266	68,7
De 7 a más personas	59	15,2
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

**Tabla 5. Características socioeconómicas de los pobladores del Asentamiento Humano San Gabriel Alto 2014**

<b>Situación Socioeconómica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>En que clase social te ubicas</b>		
Alta	3	0,8
Media	23	5,9
Media - Baja	22	5,7
Baja	336	86,8
Baja- baja	3	0,8
<b>Comparándote con tus vecinos de San Gabriel Alto, tú te consideras</b>		
Acomodado	4	1,1
Normal	350	90,4
Pobre	31	8,0
Muy pobre	2	0,5
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

**Tabla 6. Características de salud de los pobladores del Asentamiento Humano San Gabriel Alto 2014**

<b>En lo que va del año (Enero-Julio2014) tú o algún miembro de tu familia estuvo enfermo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nadie se ha enfermado	134	34,6
Si, solo uno	137	35,4
Si, dos o mas	103	26,6
No especifica	13	3,4
<b>De que se enfermaron</b>		
Gripes -IRAS	190	70,4
Diarreas -EDAS	59	21,9
Otras enfermedades	21	7,8
<b>En lo que va del año ha muerto alguna persona de tu barrio</b>		
No, ninguno	289	74,7
Si, solo una	63	16,3
Si, dos o más	11	2,8
NS / NC	24	6,2
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

**Tabla 7. Creencias y actitudes acerca de la orina en pobladores del Asentamiento Humano San Gabriel Alto 2014**

<b>Creencias y Actitudes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>La orina puede servir para impedir o curar enfermedades</b>		
Si	334	86,3
No	15	3,9
No sabe	38	9,8
<b>¿Qué enfermedades?*</b>		
Fiebre	264	68,2
Cólico	109	28,2
Empacho	24	6,2
Dolor Garganta	5	1,3
<b>Alguna vez ha utilizado Ud. La orina con fines curativos</b>		
Si	239	61,8
No	88	22,7
NS / NC	60	15,5
<b>Cómo crees que se usa la orina en las curaciones</b>		
Tomando la orina recién miccionada	212	54,8
Frotándose	126	32,6
Tomando la orina días después de la micción	7	1,8
NS / NC	42	10,9
<b>La orina utilizada para calmar dolores o tratar alguna enfermedad, debe ser:</b>		
De un niño	236	61,0
De cualquier persona	45	11,6
De la misma persona	42	10,9
De una persona sana	26	6,7
No especifica	38	9,8
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

\*Respuesta Múltiples (N=387)



**Tabla 8. Creencias y actitudes sobre propiedades medicinales del E.H. en pobladores del A.H. San Gabriel Alto 2014**

<b>Creencias y Actitudes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alguna vez hablaron en tu casa acerca del EH para prevenir o curar enfermedades o calmar dolores (Sí)*	34	8,8
<b>Cree Ud. que EH podría servir para prevenir o curar alguna enfermedad o calmar dolores</b>		
De ninguna manera	163	42,1
No creo	68	17,6
Podría ser	127	32,8
Si creo	29	7,5
<b>En el supuesto caso que se utilice el EH con fines medicinales, para que tipo de males sería</b>		
Dolores	88	22,7
Enfermedades	49	12,7
No respondió	250	64,6
<b>En qué caso cree que se pueda aplicar o usar el EH</b>		
Contra la picadura de arañas o alacranes	52	13,4
Contra la mordedura de víboras o perros rabiosos	25	6,5
Para tratar enfermedades incurables o desconocidas	14	3,6
Contra la diabetes, cáncer, sida o ébola	5	1,3
Cuando los medicas ya no pueden hacer nada con los desahuciados	3	0,8
Otras	89	23,0
No es usable	187	48,3
No respondió	12	3,1
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100,0</b>

\*Respuesta Múltiples (N=387)

**Tabla 9. Creencias y actitudes sobre uso medicinal del E.H. en pobladores del A.H. San Gabriel Alto 2014**

<b>Como cree Ud. que se utiliza el EH en casos de enfermedad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Fresco, o recién evacuado	174	45
Solo de otros, especialmente de los bebes	17	4,4
Seco	5	1,3
Cocinado (tostado, hervido, otros)	5	1,3
Solo de uno mismo	2	0,5
Otra forma	1	0,3
NS / NC	183	47,3
<b>Cómo cree que se aplica el EH en casos de enfermedad</b>		
Solo en emplastos para desinflamar	78	20,2
Se usa como Cremas	32	8,3
Se toma disuelto como jugo	26	6,7
Solo se aplica con frotaciones mesclado con yerbas	21	5,4
Se toma como cápsula o pastilla	14	3,6
Entreverado con los alimentos	2	0,5
Otras formas	25	6,5
NS / NC	189	48,8
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

**Tabla 10. Opinión respecto a las características del E.H. en pobladores del A.H. San Gabriel Alto 2014**

<b>De qué color es el EH normal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Amarillo	248	64,1
Marrón	31	8,0
Verde	1	0,3
No tiene un color fijo	107	27,6
<b>De qué forma tiene el EH normal</b>		
Alargada "forma de churro"	292	75,5
De bolitas duras	10	2,6
Es aguado	5	1,3
No tiene forma, es como una masa de puré	2	0,5
Tiene otra forma	2	0,5
No tiene una forma fija	76	19,6
<b>De qué depende la forma y el color del EH*</b>		
De los alimentos que se asume	258	66,7
De las enfermedades que tiene la persona	78	20,2
De las preocupaciones y tensiones o de la tranquilidad	4	1,0
Del sexo y la edad de la persona	3	0,8
De las actividades diarias	1	0,3
De otra forma	3	0,8
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

\*Respuesta Múltiples (N=387)

**Tabla 11. Percepción respecto al olor del E.H. en pobladores del A.H. San Gabriel Alto 2014**

<b>Quienes pueden hacer el EH más apestoso*</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Cualquiera	104	26,9
Los hombres	67	17,3
Los enfermos	60	15,5
Los viejos	42	10,9
Las mujeres	29	7,5
Los niños	5	1,3
NS/ NC	3	0,8
<b>¿Por qué cree usted?*</b>		
Depende que comen	102	26,4
Persona Enferma / Uso de medicina	49	12,7
Comen "chatarra" / calle	45	11,6
Mala digestión / Empacho	36	9,3
Comen mucho / como "chancho"	33	8,5
Mala combinación de alimentos	31	8,0
Toman poca agua	16	4,1
No se movilizan / Falta ejercicio	14	3,6
Otros	36	9,3
<b>Que es lo que sientes al ver, oler o tocar tu propio excremento</b>		
Me es indiferente	203	52,5
Siento un poco de asco	132	34,1
Siento mucho asco o repugnancia	48	12,4
Otras sensaciones	1	0,3
NS/ NC	3	0,8
<b>Si no olierá mal, sentirías asco</b>		
Sería Igual, sigue siendo asqueroso	91	23,5
Así es, no sentiría asco	71	18,3
Quizás no, podría ser	57	14,7
Sería Igual, por su color / forma	37	9,6
Sería Igual, Esta en Mente / Inherente	34	8,8
Me es Indiferente	10	2,6
Otros	36	9,3
No especifica	51	13,2
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

\*Respuesta Múltiples (N=387)

**Tabla 12. Fuente de Contagio de E.H. en pobladores del A.H. San Gabriel Alto 2014**

<b>Suponiendo que hicieras la KK al aire libre, crees que esa KK podría causar alguna enfermedad a tu familia o a tus vecinos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	381	98,4
No	1	0,3
NS/NC	5	1,3
<b>Crees que todo EH que esta al aire libre puede ser fuente de transmisión o contagio de alguna enfermedad</b>		
Si	377	97,4
No	4	1,0
Si, solo de los enfermos	3	0,8
NS/NC	3	0,8
<b>Con que frecuencia defecas o haces la KK</b>		
Dos o más veces por día	252	65,1
Una vez cada día	98	25,3
Interdiario	32	8,3
Cada tres días	4	1,0
Cada 4 a más días	1	0,3
<b>¿De qué manera cree usted que una persona se podría contagiar de alguna enfermedad con el EH?*</b>		
Comiendo "alimentos mosqueados"	363	93,8
Tocándolo	272	70,3
Oliendo el EH	110	28,4
NS/NR	3	0,8
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

\*Respuesta Múltiples (N=387)

**Tabla 13. Uso de Servicios higiénicos en pobladores del A.H. San Gabriel Alto 2014**

<b>En San Gabriel Alto hay personas que defecan en la calle o campo abierto en su propio barrio</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si hay, pero son pocos	214	55,4
No hay, nadie lo hace	124	32,1
Si hay y son muchos	22	5,7
Si hay, pero soy muy pocos	12	3,1
No hay, nadie lo hace	9	2,3
NS/NR	6	1,6
<b>Dado que es difícil el acceso a los servicios higiénicos públicos, se ha visto alguna vez obligado a defecar al aire libre</b>		
No, Nunca	143	37,0
Lo hacía en el pasado	122	31,5
Solo cuando era niño	51	13,2
A veces	44	11,4
Solo durante la invasión o en los primeros meses de formación del barrio	22	5,7
Siempre, o casi todos los días	1	0,3
No Respondió	4	1,0
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

**Tabla 14. Opinión respecto al desecho del EH en pobladores del A.H. San Gabriel Alto 2014**

<b>¿Alguna vez ha echado EH en los botaderos y/o los camiones de basura?*</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
A los camiones recogedores de basura	182	47,0
Lo entierro en el lugar que hago	7	1,8
A los lotes sin vivencia	2	0,5
No, Nunca	176	45,5
No respondió	5	1,3
<b>La última vez que fue a defecar, recuerda Ud. que hizo inmediatamente</b>		
Me lave las manos con agua y jabón	338	87,3
Me lave solo con agua	37	9,6
Nada. Me puse a continuar mis actividades de siempre	5	1,3
No recuerdo	5	1,3
No respondió	2	0,5
<b>Cree usted que el EH es lo más asqueroso repugnante que hay en la vida</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>No, ¿Por qué?</b>	<b>224</b>	<b>-</b>
Hay cosas peores	132	58,9
Es natural / De uno mismo	84	37,5
Otros	8	3,6
<b>Si, ¿Por qué?</b>	<b>159</b>	<b>-</b>
Por el olor / Apesta	96	60,4
Es desecho / Contaminado	34	21,4
Es Asqueroso / Asco	13	8,2
Otros	16	10,1
<b>NS/NC</b>	<b>4</b>	<b>-</b>
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

\*Respuesta Múltiples (N=387)

**Tabla 15. Creencias y actitudes según sexo y edad en pobladores del A.H. San Gabriel Alto 2014**

	Total (N)	Sexo*		Edad			
		Masculino	Femenino	18 -30 años	31-50 años	51-70 años	71 a más
<b>La orina puede servir para impedir o curar enfermedades</b>		%	%	%	%	%	%
Si	334	87,3	85,5	70,6	92,4	94,4	100,0
No	15	3,3	4,3	5,9	4,1	1,1	0,0
No sabe	38	9,3	10,3	23,5	3,5	4,5	0,0
<b>Alguna vez ha utilizado Ud. la orina con fines curativos</b>		%	%	%	%	%	%
Si	239	62,0	62,0	41,2	68,0	76,4	71,4
No	88	24,0	21,8	31,1	20,3	16,9	14,3
NS / NC	60	14,0	16,2	27,7	11,6	6,7	14,3
<b>Cree Ud. que EH podría servir para prevenir o curar alguna enfermedad o calmar dolores</b>		%	%	%	%	%	%
Podría ser	127	38,7	29,5	24,4	32,0	43,8	57,1
Si creo	29	7,3	7,3	5,0	8,7	6,7	28,6
No creo	68	7,3	23,5	19,3	18,6	14,6	0,0
De ninguna manera	163	46,7	39,7	51,3	40,7	34,8	14,3
<b>Total (N)</b>	<b>387</b>	<b>150</b>	<b>234</b>	<b>119</b>	<b>172</b>	<b>89</b>	<b>7</b>



**Tabla 16. Creencias y actitudes según estado civil y grado de instrucción en pobladores del A.H. San Gabriel Alto 2014**

	Total (N)	Estado Civil*			Grado de Instrucción*		
		Soltero	Conviviente	Casado	Sin Instrucción / Primaria	Secundaria	Superior Técnico / Universitario
<b>La orina puede servir para impedir o curar enfermedades</b>		%	%	%	%	%	%
Si	334	62,3	93,5	86,2	95,5	83,6	60,0
No	15	8,7	2,8	3,2	0,9	4,6	10,0
No sabe	38	29,0	3,7	10,6	3,6	11,8	30,0
<b>Alguna vez ha utilizado Ud. La orina con fines curativos</b>		%	%	%	%	%	%
Si	239	27,5	71,5	63,8	75,9	57,3	30,0
No	88	39,1	17,3	24,5	15,2	25,6	20,0
NS / NC	60	33,3	11,2	11,7	8,9	17,2	50,0
<b>Cree Ud. que EH podría servir para prevenir o curar alguna enfermedad o calmar dolores</b>		%	%	%	%	%	%
Podría ser	127	20,3	39,3	30,9	37,5	30,2	50,0
Si creo	29	8,7	7,5	5,3	12,5	5,3	0,0
No creo	68	21,7	16,4	12,8	15,2	18,7	10,0
De ninguna manera	163	49,3	36,9	51,1	34,8	45,8	40,0
<b>Total (N)</b>	<b>387</b>	<b>69</b>	<b>214</b>	<b>94</b>	<b>112</b>	<b>262</b>	<b>10</b>

**Tabla 17. Creencias y actitudes respecto al EH en familia de los pobladores del A.H. San Gabriel Alto 2014**

Alguna vez hablaron en tu casa acerca del EH para prevenir o curar enfermedades o calmar dolores	Cree Ud. que EH podría servir para prevenir o curar alguna enfermedad o calmar dolores			
	Si Creo / Podría ser		No creo / Ninguna manera	
	N	%	N	%
Si	32	20,5%	2	0,9%
No	124	79,5%	229	99,1%
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>100,0%</b>	<b>231</b>	<b>100,0%</b>

## **ANEXO 8: ENTREVISTAS EJECUTADAS**

### **ENTREVISTAS ACERCA DE LAS COSTUMBRES, CREENCIAS Y ACTITUDES EN TORNO AL EXCREMENTO HUMANO (EH) EN SAN GABRIEL ALTO**

Entrevistadores: Eudosio Sifuentes León (Responsable)

Juliana Mendoza Tissot (Lic en Obstetricia y Egresada Maestría en Salud Pública)

Gretta J. Ecurra Jara (Br. Fac. de Psicología UNMSM)

Octubre-Noviembre 2014

---

1. Sra. Jesús Poma, 55 años, natural de Lucanas, Departamento de Ayacucho. Tiene Educación Primaria completa, es Viuda con 4 hijos. Llegó a Lima en 1989. Vive en el AH Nueva Jerusalén desde 1996. Entrevista por Eudosio Sifuentes (ES), 17 Octubre 2014

ES: Señora Jesús, el excremento de los animales sirve para abonar los campos, para cultivar la tierra; y el excremento humano ¿para qué puede servir?

JP: El excremento del hombre también puede servir para cultivar; pero no lo utilizan. Yo no sé por qué será pues.

ES: Entonces en nada lo utilizan.

JP: Bueno aquí en Lima, quizás no lo usan. No sabrán seguro. Pero yo sí lo he visto.... Hace mucho tiempo, cuando yo era jovencita yo escuchaba a mis tías que lo usaban para hacer curaciones... Cuando mi tía, hermana de mi mamá, había estado embarazada se puso muy mal; y después de dar a luz se puso peor. Le había dado sobreparto, entonces le dijeron que alguien de la familia vaya a Ayacucho a recoger en balde caca seca, de la intemperie: Eso lo recogieron y lo trajeron y lo tostaron como café y calentito le hicieron tomar, solo así se pudo sanar.”

ES: ¿Era caca seca...?

JP: Si eso, lo tostó como si fuera café. lo hizo pasar en la cafetera y le dio a mi tía, calentito tenía que tomar... Toma tu cafecito le dijo.

ES: ¿Era caca molida y tostada pasada por la cafetera?

JP: Si pues era así; era cafecito diciendo le dijo a mi tía que tome

ES: ¿Tu tía sabía que era café de caca?

JP: No sé parece que no se daba cuenta; le decían toma antes que se enfríe. Y tomó no más. Habrá pensado que es café. Habrá tomado pensando que es café.

ES: ¿Y de ahí que pasó?

JP: Le acostaron bonito; bien abrigada y se quedó dormida. Pero después ya mi tía se había curado.

ES: ¿Qué habría sido no?

JP: Muchos años después ya aquí en Lima me dijeron que seguramente habría sido sobrepeso; una señora después habló de preclamsia. No sé si eso habría sido. Eso mismo le había dado aquí a mi vecina el año pasado; es preclamsia decía su familia; entonces yo quise decirle que le dieran ese cafecito; pero después dije mejor no.

ES: ¿Caca tostada? ¿Y era negro como el café?

JP: Si pues era igualito al café, era bien negro, a mi tía le gustó y se tomó calentito toda la taza Así se pudo sanar

### **Comentarios**

El EH usado como medicina para desinflamar o calmar dolores.

Se trata de una medicina pensada por una partera y curandera de un pueblo rural en las alturas de Lucanas, Ayacucho.

Una medicina que estaba a la mano; excretada a cielo abierto por las familias de la comunidad; aparentemente por no encontrar otras medicinas o una atención médica apropiada.

No sabemos si esta medicina es conocida y compartida por todo el pueblo de Lucanas; no sabemos si efectivamente es una costumbre rural en el campo de la medicina andina. Pero si es evidente que se trata de una alternativa médica de costo cero en un medio de pobreza y de exclusión de los servicios de salud, que guardan los pobres, pero que no se atreven a difundir su práctica entre los pobladores de un medio urbano que probablemente por las diferencias sociales que presenta hay temor y desconfianza de contar su efectividad; más aún cuando los vecinos, en este caso, tienen facilidades para acceder a los servicios de salud; antes de experimentar con un remedio insólito.

Si doña Jesús no recomendó a su vecina tratar la preclamsia con un café de EH era por sus creencias en la efectividad de este remedio, cuando se prepara sabiendo que tiene un origen conocido. El EH en la comunidad rural era de la familia, era conocido; podía servir como medicina. Pero el EH en un asentamiento humano de la

ciudad, en una comunidad urbana con familias de diversas procedencias, probablemente ya no era medicina; por su origen podría generar nuevas enfermedades.

**2. Sr. Miguel Yucra**, 48, natural de Macusani, secundaria incompleta. Casado con 2 hijos. Llegó a Lima en 1983. Vive en el AH Tres de Mayo desde 2002. Entrevista por Eudosio Sifuentes (ES), 17 Octubre 2014

EH: Los vecinos de la parte baja me han contado que la caca puede servir para curar algunas enfermedades. ¿Tú crees que puede ser posible?

MY: jajaja. Si yo creo que es cierto.

ES: ¿Pero tú has escuchado, o has visto que alguna persona que se ha curado usando excremento?

MY: Bueno aquí en Lima, creo que no he escuchado hablar de eso. Es la primera vez, que me preguntan.... ¿Pero ahora para qué ya?

ES: Quizás aquí en Lima ya no se escucha, o ya no se ve, pero ¿en las provincias, en el campo...?

MY: Bueno una vez viajando con mi papá por Macusani, habíamos llegado donde su compadre y toda su familia estaban tristes porque esa mañana su boca se había torcido. Su compadre ya tenía como 50 años, pensaba que podía morir. Entonces mi papá, le dijo a su señora que lo llame a Don Teodoro, que era un viejo que sabía curar. La señora le dijo que ya había ido y que no lo había encontrado; en ese momento llegó un señor que era dirigente de la comunidad y les dijo que mejor traigan a la señora de Don Teodoro, que ella sabe más.

ES: ¿Y qué hicieron?

MY: Fueron donde la señora y le dijeron que era orden del dirigente, entonces la señora tuvo que venir.

ES: ¿Era también curandera? Y qué pasó

MY: Llegó la señora, mirándolo dijo que no salga de su cuarto y que esté bien abrigado adentro. De ahí se fue a su casa y trajo una yerbas, parecían que todas estaban secas; creo que olía como ruda. De ahí la señora nos dijo que hagamos caca; a mí y a sus hijos; creo que también le dijo a mi papá. De ahí avisamos, y antes que el perro se lo coma, la señora corrió a recoger; como era temprano todavía estaba saliendo humo.

ES: ¿Era una caquita caliente?

MY: Si pues, así caliente lo puse en un pañal; después había molido las yerbas que trajo creo que echando un poco de pichi; eso yo no vi; pero después lo mezcló bonito como una pasta la caca con las yerbas molidas que lo tenía en un tazoncito cerca de la cocina para que no se enfríe. Después, pidió algodón y con colonia creo le puso en la nariz al señor y de ahí todo el emplasto se lo amarró alrededor de toda su cara. Creo que después con el agua de las yerbas enjuagó el tazón y le hizo tomar con cuchara; de ahí lo acostó y le dijo que no salga de la cama hasta pasado mañana. “No salgas para nada” así le dijo.

ES: Eso habría sido como una parálisis facial. Y luego qué pasó. ¿Se sanó?

MY: Yo no sé qué negocio tenía que hacer mi papá; pero ya después de la curación nos fuimos. Yo ya no lo volví a ver, hasta el día de la fiesta, como un mes después y su cara estaba normal. Mi papá me dijo que la señora lo había enderezado, que toda su boca había estado bien torcida y bien hinchada. Pero que le había curado. De verdad en dos días ya había quedado bien.

ES: No tuvieron asco de agarrar la caca, de ponerse en la cara: ¿Tú no sentiste asco?

MY: No. No había pensado en eso. Yo solo pensaba que el señor estaba por morir y que había que salvarlo. Pero creo que nuestra caca que dejamos no apestaba, seguramente por las yerbas; pero el señor también tomó como varias cucharitas.

### **Comentarios**

Según el Profesor Carlos Rojas, especialista en Medicina China-Hindú y medicina andina nos manifestó en una conversación (Julio,2014) que esta curación es posible que se haya realizado con éxito porque el EH es altamente desinflamante, mucho más que los orines; sino que no se usa tan frecuentemente como los orines, por los olores.

El uso del EH como medicina curativa en un pueblito de Macusani al parecer está limitado a pocas personas. En este testimonio, fue la señora del maestro curandero, es decir una persona del entorno familiar del especialista; que no es reconocida. Pero que interviene por orden de un dirigente de la comunidad ante la ausencia de su marido. En este caso podríamos interpretar que es la mujer la que guarda ciertos conocimientos, manteniéndolos en secreto; mientras que el marido es simplemente el operador.

Se trata de una práctica poco difundida; en este sentido, podría considerarse como una costumbre reservada a situaciones extremas. Sin embargo lo que sí es evidente es

la creencia en la capacidad curativa del EU. En esta historia, ¿fue el EH el elemento que solucionó el asunto; o fueron las yerbas? ¿O simplemente fue el reposo prolongado de 48 horas? O fue la combinación de todos estos elementos. Al final quien nos contó el relato mantiene en su memoria la creencia de que el EH tiene poderes curativos que lo pueden aplicar personas que saben del asunto.

**3. Sra. Carmen Quispe**, 32 años, natural de Andahuaylas, Departamento de Apurímac; casada tiene secundaria completa. Vive en el A.H. Antonio Raymondi. Entrevista por Greta Ezcurra (GE) 22 Octubre 2014

ES: ¿Tiene agua en su vivienda?

CQ: No, por aquí nadie tiene. Todos tenemos que traer de abajo.

ES: Si no tiene agua, cómo hace para lavar y cocinar.

CQ: Si tenemos que traer con manguera de abajo; o comprar al camión para cocinar; para lavar a veces tengo que ir abajo a la casa de mi mamá. Pero más para lavar la ropa de mi bebe.

ES: ¿Y no lavas otras cosas?

CQ: Si también lavo más. Lavo la ropa de mi esposo; sus pantalones, camisas.

ES: ¿No lavas más cosas?

CQ: Felizmente mis esposo se cambia de calzoncillo cada una o dos semanas; sobre todo cuando le digo para lavar. Como eso se lava pocas veces, entonces así ahorramos agua.

ES: Lavar esas cosas de vez en cuando ¿está bien?

CQ: Yo creo que sí. Si no ha ensuciado mucho. Acaso es como el bebé.

### **Comentarios:**

Cuando terminó la ejecución del proyecto y por fin el agua comenzó a llegar al asentamiento, este hecho impactó directamente en los hábitos y en las costumbres de la población. Así por ejemplo en este testimonio de la señora Carmen, observamos que con la llegada del agua los maridos aprendieron a bañarse más seguido y a cambiarse de ropa interior con mayor frecuencia; este cambio de hábitos tuvo también relación con el mejoramiento de la salud.

**4. Pedro Ramos**. Carpintero. Villa Limatambo. 58 años. Natural de La Pauca San Marcos, Departamento de Cajamarca. Primaria completa. Conviviente. Vive desde

1998 en Nueve de Diciembre. Entrevista por Eudosio Sifuentes (ES), 24 Octubre 2014

ES: ¿Tú crees que se puede utilizar el EH en la curación de las enfermedades?

PR: Bueno, mucha gente usa su propia orina para curarse. Es bueno para bajar la fiebre; para calmar dolores. Tomar una copita te puede ayudar para no enfermarte.

ES: ¿Y el excremento?

PR: Por lo que he escuchado, yo creo que el EH puede servir para calmar dolores, o para tratar alguna enfermedad. Yo siempre he escuchado que el EH sirve para curar la fiebre amarilla. Estando en Satipo yo he visto curar la fiebre amarilla mezclando caca seca con un poco de agua; eso se toma disuelto como jugo.

ES: ¿Tú tomarías?. ¿No te da asco?

PR: Pero por qué voy a tener asco. Me es indiferente.

ES: Entonces no tienes asco

PR: Yo no. En las mañanas yo agarro mis heces, lo meto en una bolsa y lo llevo al montón o al camión recogedor de basura. Ya después me lavo las manos con agua y jabón.

**5. Gregoria Prado** 60 años. Secundaria completa. Conviviente. Nacida en Sara Sara, Ayacucho. Vivió en José Gálvez. Ahora vive en Villa Limatambo desde 1993. Entrevista por Juliana Mendoza (JM), 24 Octubre 2014

JM: ¿Señora alguna vez has utilizado la orina para hacer alguna curación?

GP: Si siempre yo utilizo. Cuando tenemos cólicos estomacales, con eso yo me froto o les froto a mis hijos y ya pasa.

JM: ¿Utilizas la orina de cualquier persona?.

GP: No, tiene que ser de un niño o de uno mismo. Jajaja, cómo va ser de cualquier persona. Se mea y de ahí se deja reposar un ratito. Después ya se toma con agua de yerbas.

JM: ¿Y el EH has utilizado?

GP: Si he escuchado pero no he utilizado.

JM: Por qué no has utilizado. ¿Te da asco?

GP: No, yo no tengo asco; por qué voy a tener; si es de uno mismo.

JM: Pensé que tenían asco porque apesta.

GP: Acaso apesta. De las mujeres no apesta. Solo el excremento de los hombres apesta, porque comen como chanco.

JM: ¿El excremento humano que está por aquí por los caminos, o por la parte alta es de las mujeres?

GP: Eso nosotros no hacemos; los que se cagan por arriba son los borrachos, los locos y los drogadictos que caminan de noche. De esos su caca apesta.

JM: ¿Eso es lo más apestoso que hay en la vida?

GP: No... en la vida hay cosas peores que la caca.

**6. Juan Castañeda**, 70 años. Vive en Nueva Jerusalen desde 1984. Primaria completa. Viudo. Natural de Incuyo, Parinacochas, Ayacucho. Entrevista por Eudosio Sifuentes (ES), 27 Octubre 2014

ES: ¿La orina o el EH es bueno para la salud?

JC: Bueno yo sé que mucha gente utiliza la orina para calmar los cólicos y los dolores de cabeza.... Para eso tienen que tomar en la mañanita, inmediatamente después de miccionar.

ES: Ah, tienen que tomar, no es para frotarse.

JC: No de humano se toma, puede ser de cualquier persona. Pero para dolores de hueso es bueno los orines del caballo; pero tiene que ser calentito, cuando recién orina.

ES: ¿Y el EH puede servir?

JC: Claro también el EH es muy bueno para las heridas. En ese caso se usa como crema; se frota toda la herida y en tres días ya queda cicatrizada. Para las heridas el mejor cicatrizante es la caca como crema.

ES: Pero si tienes alguna enfermedad, más complicada, ¿el EH puede servir?

JC: Claro. En esos casos se preparan emplastos, con algunas yerbas y eso se pone en el cuerpo y rapidito te calma los dolores, es como si te desinflamara.

ES: ¿Pero se puede usar el excremento humano que tanto apesta?

JC: Pero tampoco vas a usar de cualquiera. Por ejemplo la caca más apestosa es de los jóvenes, porque ellos comen un montón y ahí mismo se sientan y duermen; no hacen la digestión correcta; y a veces cagan todavía después de dos o tres días. Eso apesta fuerte.

ES: ¿Esa caca te podría contagiar alguna enfermedad?

JC: Claro, si lo tocas, te contagias.

ES: Si tú te haces la caca en la calle podrías contagiar a los demás con alguna enfermedad.



JC: Yo no creo que contagie alguna enfermedad. Pero tampoco me hago la caca en la calle. A veces llevo al basurero, pero en bolsa, bien amarrado.

ES. Pero haciendo eso no lo tocas, así te puedes contagiar.

JC: No mi caca no contagia nada. Pero después de embolsar, me lavo las manos con agua y jabón.

### **Comentarios**

Persiste la creencia de que la caca de cada uno, nuestra caca no es contagiosa; no puede generar enfermedad en los demás; pero sí la caca de los otros puede ser un factor de contagio de enfermedades, con solo oler o tocar uno se puede enfermar.

Creencia en considerar la caca de los demás como la más apestosa. Cada uno cree que su caca no apesta. Los viejos creen que la más apestosa es la de los jóvenes. Las mujeres creen que la más apestosa es la de los hombres.

En cuanto a los factores determinantes del mal olor, en el EH, está el comer en abundancia y de todo “como chanco” y en segundo lugar, de digerir mal, comer y echarse a dormir de inmediato; a esto se agrega el hecho de excretar en períodos prolongados o estar afectado por el estreñimiento. Este almacenamiento de una cantidad de alimentos ingeridos hace que el excremento fuertes olores. En todos los casos siempre el excremento humano más repugnante es el de los demás.

Otro factor importante es la creencia de considerar al EH como un medicamento eficaz para curar heridas, calmar dolores como emplasto.

Los entrevistados siempre cuentan que escucharon, vieron o saben; pero ninguno dijo haberlo hecho, haberlo puesto a prueba; haber informado de su uso al médico. Es un conocimiento, o una creencia de prácticas escondidas.

El uso más extendido del excremento humano está en la comunidad rural porque hay más homogeneidad entre las personas; pero en la ciudad hay más diferencias y al parecer éste es un factor que les impide recoger cualquier excremento.

La existencia de letrinas en gran parte de los asentamientos es otro factor que les impide recoger el excremento propio, o tener a la mano para enfrentar alguna enfermedad o herida. Pero al mismo tiempo hay mucho que declararon embolsar para eliminar junto a la basura, como parte de la evacuación de los residuos sólidos; pero si no almacenan o no guardan ya es porque hay otro factor y es nada menos que la accesibilidad a los servicios de salud.

**7. Manuel Jesús Gutiérrez Alva:** 50 años de edad. Casado con una puneña. Ocupación carpintero. Nacido en la Comunidad Campesina de Chumpi del Distrito del mismo nombre, en Parinacochas, Ayacucho, donde también nacieron sus padres. Tiene Educación primaria completa. Vive desde 1998 en su vivienda del A.H. Nueva Jerusalén. Migró a Lima, cuando tenía 12 años de edad Entrevista por Eudocio Sifuentes (ES), 27 Octubre 2014

ES: Cuéntenos ¿Cómo llego a Lima?

Manuel: Una señora de Yerbateros me trajo de mi tierra, cuando recién tenía 12 años; con esa señora viví hasta que llegue a los 15 años; yo cuidaba su casa y hacia muchos trabajos; de ahí un señor me llevó a Lurin; ahí estuve muchos años. Ahí cuidaba su corralón. Después ya vine a San Gabriel Bajo trabajaba como albañil. Ya por ese tiempo me junté con mi mujer. Vivíamos por Santa Rosa en San Gabriel Bajo. Ya estando por aquí cerca, pude ver que por aquí había campo y nos venimos con mi señora.

Nueva Jerusalén se fue formando poco a poco; aquí no hubo invasión; sino que los vecinos fuimos llegando de uno en uno. Yo fui el primero; después de mí a los tres o cuatro días llegaron mis vecinos. Los de Valle Limatambo, estaban lejos, recién ahora último se han venido a vivir hasta aquí cerca y nos han tapado las entradas; ahora para salir a la pista, hay que ir hasta Virgen de Guadalupe o tenemos que rodear Villa Limatambo.

ES: ¿Y cómo te abastecías de agua? ¿Dónde hacías tus necesidades?

Manuel: Apenas llegue comencé a trabajar mi silo; me demore como dos meses para hacerlo. Bueno mientras tanto en el día iba al mercado. De noche, a veces subía a la vuelta del cerro. Así no más se fue pasando el tiempo.

ES: ¿Y por qué no en la calle?

Manuel: No. En la calle no. En el cerro se puede hacer porque no hay personas. Solo se puede hacer donde no hay personas. Porque sino te critican, te dicen “cochino”, te hacen la bronca.

ES: ¿Pero si estas en la calle y te gana las ganas?

Manuel: Tampoco, no se puede.

ES: Ahora solo haces en tu silo.

Manuel: Si ahí nomás; pero cuando voy a trabajar hago en el wáter.

ES: Y ¿Qué tal cómo te sientes?

Manuel: Ah, al hacer en el wáter me siento feliz; ahí me siento tranquilo, entonces digo “¿Cuándo tendré así?”

ES: ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que hiciste?

Manuel: Fue esta semana; salió normal, a veces sale muy seco; huele poco. Yo casi siempre voy dos veces al día.

ES: ¿Lograste ver?

Manuel: No, no se puede ver en el silo.

ES: ¿Te da pena no ver?

Manuel: No se... pero ¿Qué se puede hacer?

ES: ¿Con que te limpiaste?

Manuel: Con papel higiénico, a veces puedo utilizar otros papeles.

ES: ¿No se te rompe?

Manuel: No, porque hay que agarrar un poco gruesecito.

ES: Porque si se rompe te da asco agarrarla.

Manuel: No, de uno mismo no da asco. Yo puedo agarrar, no tengo asco, cuando es de uno mismo.

ES: ¿Entonces te da asco la caca de los demás?

Manuel: Si me da mucho asco. Cuando veo en la calle o cerca me da asco.

ES: ¿Y te lavas las manos después de defecar? ¿Por qué?

Manuel: Si me lavo; porque si no me lavo estoy intranquilo; te pica la mano.

ES: ¿Has estado con diarrea en las últimas semanas?

Manuel: No. He estado tranquilo.

ES: ¿Por qué hay diarreas?

Manuel: Será porque se consume agua contaminada; también cuando no tienen baño, entonces vienen las moscas.

ES: ¿Entonces no sufres de estreñimiento?

Manuel: No, pero qué cosa es el estreñimiento.

ES: En tu opinión ¿qué es para ti la caca?

Manuel: Es un desfogue del cuerpo humano; es el desperdicio que se bota, lo que no se puede guardar.

ES: ¿Entonces no sirve para nada?

Manuel: Sirve pero fresco.

ES: ¿Para qué?

Manuel: La caca es remedio; fresco sirve para la quemazón, para curar las quemaduras.

ES: ¿La caca de los pobres apesta?

Manuel: De los pobres apesta más que de los ricos porque comemos papa, camote, yuca, mote; en cambio los ricos solo comen tostadas, galletas, papa y solo toman agua.

ES: ¿Entonces de quienes puede ser mejor remedio?

Manuel: Para remedio, será mejor pues de los pobres, porque es más fuerte.

**8. Sra. Angélica Sánchez** 36 años de edad. Conviviente; con secundaria completa; desempleada; realiza pequeños negocios que le permiten un ingreso promedio mensual de 400 soles mensuales. Nacida en la Comunidad Campesina de Peripampa en el distrito y provincia de San Marcos en Cajamarca, donde también nacieron sus padres y su conviviente. Vive en su casa del Asentamiento Humano de La Florida desde el año 2002. Migró a Lima cuando sólo tenía 14 años de edad. Entrevista por Eudosio Sifuentes (ES), 05 Noviembre 2014

ES: Sra. Angélica desde cuando vive aquí en la Florida?

Sra. A: Por aquí estamos desde el 2002; vine ya después de comprometerme con mi pareja.

ES: Cuando llegaste a Lima, te estableciste en las Malvinas?

Sra. A: No, llegué a la casa de un familiar, por aquí cerca; ahí nos conocimos con mi pareja, como también era mi paisano; ya después nos dijeron que por aquí había espacio; entonces nos venimos.

ES: Y ya no vas donde tu pariente que te alojó apenas llegaste?

Sra. A: Sí voy; a veces voy todos los días, a veces dejando un día, otras veces dejando 3 días.

ES: Vas solo cuando tienes que ir al baño?

Sra. A: No; solo voy de visita. En mi casa tengo silo.

ES: Qué haces después de estar en el silo?

Sra. A: Ah... Yo me lavo las manos después de defecar. Algunas veces me lavo antes de defecar. Cuando no me lavo me siento cochinita.

ES: Pero, si no hay agua?

Sra. A: Si pues, a veces es así, por eso, no puedo estar tranquila.

ES: y usas todos los días la letrina?

Sra. A: Si casi siempre.

ES: No eres estreñida. Sabes lo que es el estreñimiento.

Sra. A: El estreñimiento es cuando se va al baño y no se puede hacer. Pero eso se produce porque no se toma agua, no se toma sopa, o porque solo se come mucho segundo, no más.

ES: Por qué te sientes cochinita, cuando no te lavas las manos?

Sra. A: Bueno, como siempre me lavo; y cuando no lo hago ya pues me siento, así.

ES: Pero por qué. Tienes asco? ¿Qué actitud tienes ante tu propio excremento?

Sra. A: Bueno el excremento me da asco; también de mi misma, me da asco; yo no podría agarrarlo.

ES: Y qué pasa cuando tienes que limpiar tu silo?

Sra. A: Si, pues. Pero eso se limpia, echando agua o tierra.

**9. Sra. Salome Hurtado Chumbes** 53 años. Nacida en 1961 en la Comunidad Campesina de Paypari, Distrito de Cuyurqui; Provincia de Cotabambas, Apurímac; donde también nacieron y vivieron sus padres, su primer esposo y su actual conviviente. Tiene Secundaria completa. Reside desde 1990 en Las Malvinas, Mza A Lote10. Trabaja eventualmente como Lavandera; tiene un ingreso aproximado de 600 soles mensuales. Entrevista por Eudosio Sifuentes (ES), 05 Noviembre 2014

Greta Ecurra: Vives en Las Malvinas, desde que llegaste de tu tierra?

Sra. SH: No, cuando llegué a Lima vivía en otra parte. Con mi esposo, recién me conocí aquí en Lima, en el bautizo del hijo de mi primo en 1980. Mi primer compromiso, también fue de mi misma comunidad, pero se fue con otra mujer.

GE: La falta de agua en el asentamiento, afecta tu salud?

Sra. SH: Cuando estaba embarazada hacia la caca cada dos días y a veces hasta por más días. Para mí era muy doloroso defecar cuando comía frijoles. También era por el silo, era muy incómodo.

GE: Por qué huele feo la caca?

Sra. SH: La caca huele fuerte cuando uno no se asea; cuando se come cochinadas y no se cepillan los dientes; entonces toda la cochinada entra al estómago y apesta todo hasta el pedo. La caca es cochinada.

GE: Entonces la caca no sirve para nada?

Sra. SH: Yo he escuchado hablar de que sirve de abono; pero yo no lo utilizaría para nada; yo tengo asco.

GE: Te da asco? Y qué haces después de defecar, cuando no tienen agua?

Sra. SH: Si yo no me lavo las manos después de ir al baño, no puedo estar tranquila, tengo asco. La caca me da asco.

GE: Te da asco tu propia caca o de otros?

Sra. SH: La caca de mi marido apesta demasiado; yo le molesto le digo que cochinadas comerás en la calle.

GE: Pero felizmente ya tienen baño.

Sra. SH: No. Yo no tengo baño todavía. Todos en la casa hacemos en el balde y después lo votamos en la caja del desagüe.

GE: Y no es mejor para ti defecar en la calle, en el mercado?

Sra. SH: Cuando vamos a la calle, yo no entro a los baños porque me da asco, tengo miedo que me pase el SIDA.

GE: Por qué crees que la caca te puede contagiar alguna enfermedad?

Sra. SH: La caca es contagiosa porque tiene bacterias. Las bacterias son los virus, son como lombrices chiquitas con cabezas negritas. De noche salen, he visto cuando salen de mis hijos.

GE: Quizás uno se enferma más por la forma, como se limpia?

Sra. SH: Yo me limpio con las hojas de la guía telefónica; a veces con las hojas de los cuadernos viejos de mis hijos.

“A una señora aquí en Lima, después de haber dado a luz, le había dado sobreparto, entonces le dijeron que su familia vaya a Ayacucho a recoger en balde caca seca, de a la intemperie: Eso lo recogieron y lo tostaron como café y calentito le hicieron tomar, solo así se pudo sanar.”

**10. Pedro Huamaní**, 54 años casado; natural de Chumbivilcas, obrero de construcción civil; secundaria incompleta; vive en Cerro Verde. Entrevista por Eudosio Sifuentes (ES), 07 Noviembre 2014

ES. ¿Cuánto tiempo ya tiene la letrina de tu vivienda?

PH: Ya tiene como dos años; esta es nueva. La primerita hicimos aquí no más; pero se llenó y se tuvo que cerrar (...) Pero ya no usamos, porque ya tenemos agua.

ES: Por qué lo hiciste a la entrada de tu casa?

PH: Porque había menos piedra. Muy difícil fue hacerlo, nos demoramos como cuatro meses pero tuvimos que hacerlo porque habían ordenado los dirigentes.

ES: Y cuando no había letrina, cómo o dónde hacían?

PH: Bueno teníamos que ir por arriba; mi señora se iba con mis hijos, acompañándose con las vecinas ya cuando estaba llegando la noche; pero a veces mis hijitos tenían diarrea, entonces por aquí por afuera no más hacían, porque les ganaba.

ES: Y no te fastidiaban los vecinos?

PH: No pues, acaso estábamos en su lote. Por aquí nomás hacían (La entrada); pero hacían poquito y al ratito no más el perro venía y se lo llevaba o se secaba.

ES: Y cómo hacían en las noches, a las 10, o a las 11 de la noche.

PH: Igual también, aquí no más a la entrada todos orinábamos; qué íbamos a hacer; ya no íbamos arriba, porque era peligroso; ya los rateros estaban caminando.

ES: Si aquí no más defecaban, no se enfermaban?

PH: No pues. A veces se enfermaban, mis hijos por comer en la calle.

ES: Pero aquí la caca trae moscas y luego de paran en la comida y te enfermas.

PH: Si pues así hablaban en la posta. Pero no se enfermaban. Seguro porque solo dejaban caca sana; no había ningún peligro.

ES: Pero apestaba...

PH: Ni tanto. Normal no más era.

ES: Pero la caca tiene enfermedades que las moscas pueden llevar al pan o a la comida.

PH: Si pues así nos han dicho. Dicen que la caca tiene cantidades de bacterias, que son contagiosas. Pero nosotros somos sanos nomás, qué vamos a tener bacterias; eso le pasará a la gente que come en la calle, en el restaurante, a la gente de otra parte. Quizás a la gente de Lima; nosotros somos de provincia nomás.

ES: O sea en tu caca no hay bacterias.

PH: No será pues. Cómo será? Seguro no hay; sino ya me hubiera muerto (...) Mas bien tendrá otras cosas.

ES: Crees que la caca puede servir para curar

PH: Eso me han contado.... Allá al frente tengo mis familias, me contaron que un paisano con eso no más se había mejorado...

ES: ¿Qué es lo que tenía?

PH: Cáncer es, diabetes es, decían que ya iba a morir; nadie sabía; como el viejito también vivía solito, no contaba. En el hospital le habían dicho que ya no vuelva, otro doctor le había dicho que se vaya a su tierra porque máximo va poder vivir un mes no más ya. Aquí quien lo va a enterrar. Como no tenía para pagar, también le dijeron que podían sacar su riñón

EH: Y murió el viejito.

PH. Nada, ya pasaron como dos o tres años que eso le habían dicho; flaquito no más está.

ES: Y ya no puede caminar....

PH: Nada, trabaja en reciclaje todos los días.

EH: Entonces, cómo se curó?

PH: A mis familias le habían dicho que su vecina le llevaba todos los días en bolsa la caca de sus bebes, y eso no más decía lo preparaba echando a una olla donde estaban las papas que había sancochado con ruda y muña; mezclando como puré con toda su cáscara dice se lo comía y después se frotaba por toda la barriga, por el pecho y la espalda antes de dormirse

ES: Entonces vive

PH: Si, pues- Yo también lo he visto; nos hemos saludado cuando fui a visitar a mi prima. Si se quedaba en el hospital el vecino se hubiera muerto me dijeron. Varios dicen cáncer tuvo; otros ya dicen, diabetes tuvo; qué habrá tenido; pero ya está sano.



## **ANEXO 9: FOCUS GROUP REALIZADOS**

### **Anexo 9.1. Reunión de grupo de hombres y mujeres de 35 a 65 años**

**San Gabriel Alto, 10 Mayo 2007**

Facilitador: Eudosio Sifuentes León (ES)

#### Participantes

Acasio Ascarruz Mansilla 38, Técnico (Virgen de Guadalupe)

Consuelo Quispe Villavicencios 41 ama de casa (Virgen de Guadalupe)

Armando Gutiérrez Mansilla 44 Obrero (Virgen de Guadalupe)

Mirtha Torres Luna 35 Ama de casa (Virgen de Guadalupe)

Emilio Gómez Bautista 54 Trabajador (Nueva Jerusalén)

Ramón Andrade Márquez 52 Trabajador (Nueva Jerusalén)

Gloria Santi Vara 64 Ama de casa (Nueva Jerusalén)

Rubén de la Torre 48 Técnico (Nueva Jerusalén)

ES: Bueno en esta reunión vamos a hablar sobre el excremento humano (EH), sobre la caca, (miradas de asombro y burla, ¡¡qué!!) Si, si vamos a hablar sobre la caca, pensando un poco en la salud de las personas. En primer lugar, quisiera hacerles una pregunta para que me respondan con toda libertad, según sus opiniones o lo que ustedes se imaginan o creen en torno a este elemento que todos conocemos. En lo que me van a decir, todo es válido; no juzgaremos las respuestas; si son correctas o incorrectas. Qué opinión tienen ustedes, ¿El EH puede tener algún uso o beneficio?

Gloria, Armando: Ninguno. ¿Para qué va a servir?

Ramón: Yo creo que sí. Tiene beneficios. Muchos cuentan que en el pasado, allá en los pueblos de la sierra se usaba para hacer curaciones. Cuando no había otra cosa eso se usaba.

Acasio: Dice que servía para curar una mordedura de víbora.

Ramón: Del coraquillo, ese era una culebrita de colores, muy venenosa de las quebradas, que se escondía entre las piedras; te mordía y corría hacia el agua del riachuelo, si te ganaba, morías; entonces después de lavarte tenías que echarte caca no más; y te daba fiebre, y entonces tenías que tomar también.

Gloria: Atatao cómo se va tomar eso

ES: ¿Sería como un batido?

Risas.....

Ramón: qué ibas a hacer. Si no morías. Había que tomar nomás.

ES: Por aquí hay mucha piedra, ¿puede haber esa culebrita?

Gloria: Por aquí no hay eso; pero unas señoras me dicen que han visto. Pero si te ataca, puedes ir rapidito al hospital, para que vas a estar tomando o usando esa cochinada.

ES: Pero si en las quebradas de la sierra curaba, ¿por qué aquí no puede curar?

Acacio: No pues eso ya no puede ser aquí. Aquí estamos en la ciudad, entonces hay que ir al hospital no más.

ES: Entonces aquí la caca ya no sirve para nada.

Acacio: Ya no pues. Porque aquí hay médico, hay hospital. Eso usas cuando no hay nada.

ES: Pero los médicos a veces te piden que lleves caca.

Mirtha: Pero eso es cuando tienes una enfermedad que el médico no sabe qué cosa es. Entonces hacen análisis y ya pueden saber qué enfermedad es.

Rubén: Eso siempre hacen. El médico puede ver en la caca qué enfermedades tiene la persona.

ES: Eso lo hace el laboratorista con su microscopio para ver si hay parásitos o sangre.

Acacio: Si pues eso es así. Dicen que en la caca se puede ver todo. De verdad

ES: ¿Ver todo lo que uno hace? ¿Entonces es como una bola de cristal?

Acacio: Tú has visto que cuando cambian de aceite al carro, el mecánico te dice si el aceite está quemado o no; viendo el aceite te puede decir si está bien tu motor. También oliendo el humo del tubo de escape, te puede decir si tu motor necesita reparación

ES: Entonces viendo la caca el médico ¿puede saber si estamos mal del estómago?

Acacio: Yo creo que viendo la caca no solo se puede saber si estás bien o mal del estómago; sino de todo el cuerpo.

Ramón: Eso es cierto, en la caca se puede saber todo.

ES: ¿Por qué se puede saber?

Acacio: Porque la caca tiene una gran cantidad de microbios que vienen de todo el cuerpo. Es lo que el cuerpo prácticamente elimina; pueden ser microbios muertos o enfermos.

ES: Serían todo tipo de bacterias y parásitos.

Acacio: Aja eso es; pero es de todo el cuerpo, del estómago, del corazón, del hígado, hasta del cerebro, de los nervios

ES Entonces analizando se puede saber qué enfermedad uno tiene; crees que puede mostrar el inicio de un cáncer.

Acacio: Claro, para eso si todos los días vas viéndolo; de pronto aparece algo raro, entonces puedes llevar para el análisis.

Mirtha: Pero los médicos nunca no ven la caca. Eso se queda en el laboratorio. Ni lo ven, ni lo huelen.

Ramón: Pero tú viendo tu caca todos los días; oliendo lo que haces; puedes saber si estás bien o mal.

Risas.....

Gloria: Ay qué cochino, quien va estar viendo, oliendo todavía. Aquí ni se puede ver en la noche, ni cuando entra a la letrina... cómo estará saliendo jajjaa.

Emilio: Pero para mirar o para oler habría que saber cómo es una caca enferma, cómo huele y cómo es cuando uno está sano de todo.

Mirtha: Eso solo se puede ver en los bebés, cuando se les cambia; como solo toma leche, ya sabemos qué forma tiene o como huele.

Acacio: Pero para eso el médico te puede decir; la forma de una caca enferma.

Mirtha: Pero los médicos nunca preguntan por la caca de la mamá, solo del bebé

Gloria: Y para qué también va estar preguntando.

Armando: Si te preguntas le llevas a tu pozo (letrina) jajaja

Emilio: No el médico te pregunta. Siempre que hemos llevado a mis hijos cuando eran chiquitos, el médico le preguntaba a mi señora qué le ha dado de comer y cómo es su caca.

Mirtha: Pero cuando ya son mayores el médico no pregunta.

Emilio: No sé cómo será ahora. Hace tiempo que no veo a un médico.

ES: Me parece muy interesante que cada persona vea todos los días cómo es su caca y también que encuentre una relación entre su caca con lo que ha comido el día anterior

Acacio: Pero la caca no solo se forma con lo que uno ha comido en el día o en el día anterior; también si tú estás muy preocupado, porque debes o por problemas en el trabajo, tu caca cambia; puede ser bolas o de otra forma; también su color; de repente va apestar más.

Rubén: eso es cierto porque a veces uno tiene diarrea solo de preocupación y el médico te puede recetar pastillas para la infección y peor te enfermas

ES: Tienes razón. Si ahí se juntan todos los desechos, tiene que ver más cosas y no solo lo que uno come. Pero también el tiempo, si tú cagas cada día o cada dos o tres días.

Acacio: Claro eso es así. Cuando la gente demora más tiempo, se pasa varios días para hacer la caca más apesta.

ES: Mas que la diarrea ¿por una fuerte infección?

Acacio: Clara es más brava.

Rubén: También apesta más si estás mal de la cabeza.

Acacio: Tú puedes comer lo mismo que come un loco; pero la caca del loco va apestar más de lo que tú haces; la caca de los locos apesta peor que burro muerto.

ES: Entonces también tiene relación con la salud mental.

Rubén: También la caca de los choferes no se puede soportar; apesta a los mil demonios, será porque todo el día están sentados.

ES: No sabía. Entonces una caca sin olor, es la de una persona que come poco y sano; camina o se mueve bastante, no para sentado durante el día; está bien de salud de la cabeza y de todo el cuerpo y caga diario. ¿Así es?

Acacio: No. Creo que no es así. La caca siempre apesta; pero creo que apesta más de los locos, de los que paran sentados, de los enfermos, claro también la caca de los que cagan de vez en cuando jajajaja...

## Anexo 9.2. Focus Group con Mujeres De 30 A 50 años

Realizado el 27 de diciembre del 2014 de 16 a 18 horas en una vivienda del A.H. Las Malvinas. San Gabriel Alto.

Equipo: Lisbeth Sánchez (Psicoterapeuta), Ana Cedillo (Ultimo ciclo de Antropología en San Marcos) y Eudocio Sifuentes responsable de la investigación.

### Participantes

Nombre	Edad	Lugar de nacimiento	Grado de instrucción	Ocupación	Residencia
Isabel	55	Ucayali Pucallpa	5to de secundaria	Ama de casa	A.H. Malvinas
Rosa	39	Apurimac	Primaria	Empleada	A.H. Malvinas
María	46	Ayacucho Huanta	Primaria	Negocio propio	A.H. Malvinas
Felicitas	54	Huanuco	Primaria	Ama de casa	A.H. Malvinas
Mercedes	40	Huancavelica	Primaria	Ama de casa	A.H. Malvinas
Agustina	47	Ayacucho	Primaria	Ama de casa	A.H. Malvinas

La reunión se inicia con una dinámica que permitió entrar rápidamente en confianza consistente en que cada señora presentaba a la que estaba sentada junto a ella, señalando su nombre, edad, lugar de origen, estado civil, ocupación y hobby.

La facilitadora, Lisbeth Sánchez, estableció las diferencias entre ocupación y hobby; sin embargo, a la hora de las presentaciones el hobby mas escogido por las señoras eran las actividades domésticas como lavar, planchar, cocinar y algunas dijeron tejer.

### **Tema motivador**

Teresa, es una chica arequipeña, natural de Chuquibamba de 16 años. Llego a Lima a vivir en la casa de unos paisanos, amigos de su padre, considerados por ella como sus tíos. La señora Adela, esposa del paisano de su padre, le dijo que no saliera de la casa para nada, porque afuera habían muchos ladrones, gente de malvivir, y sobre todo no salir sola de noche porque a esa hora salían los violadores y los pishtacos.

Aterrada por la información Teresa no salía para nada; pasaba el día encerrada en una casita de triplay, nordex y plásticos con techo de eternit y piso de tierra. La vivienda no tenía agua ni desagüe. A sus tíos los veía mear al fondo de la casa sobre un hoyo de piedras; pero no los veía defecar, ni había huellas, porque lo hacían en los mercados de otras zonas por donde trabajaban como recicladores.

Al noveno día, los tíos regresaron y la encontraron llorando de dolor; parecía que se moría. Los vecinos, avisaron que había sentido quejidos desde muy temprano por lo que hicieron una cuota para que la llevaran al Centro de Salud. El medico luego de examinarla y hablar con ella salió del consultorio para llamar la atención a los tíos por no haberse dado cuenta que Teresa no había defecado durante 9 días por lo que su situación era gravísima.

¿Qué es lo que había pasado con Teresa? ¿Por qué dejo de hacer el dos durante 9 días? ¿Qué es lo que paso? ¿Qué es lo que pasaría con Teresa?

Isabel: Seguramente que la pobre no tomaba agua, como no había agua en la casa; pero ella podía haber pedido a los vecinos.

María: Así es, cuando se viaja, casi siempre se deja de hacer; pero 9 días no puede ser, es mucho tiempo, podía haberse muerto.

Agustina: Se puede aguantar... yo a veces estoy sin hacer cuatro o cinco días; después de tener a mi último hijo creo que estuve como ocho días.

Isabel: Eso puede ser normal contigo; pero con esta chica de 16 años ya es otra cosa.

Rosa: Quizá le paso porque no tenía su silo, porque la señora también le dijo que no saliera, porque podían matarla; seguro que había mucha gente mala por donde vivía.

Felicitas: En bolsita siquiera hubiera hecho, después hubiera llevado a la basura.

Isabel: No. Lo que pasa es que la chica sufría de estreñimiento y su enfermedad se agravo con el viaje y porque no tomaba agua.

LST: ¿Pero por qué ya se estaba muriendo?

Isabel: Es que no se puede aguantar tanto. Reteniendo tanto cualquiera se puede morir.

LST: Entonces, ¿Qué son las heces? Cada una me puede decir lo que son las heces en dos palabras.

Isabel: Son los desechos, lo que ya no sirve o lo que nuestro cuerpo ya no necesita.

Rosa: Son todas las sobras, los desperdicios.

María: Es lo que hace la gente, los animales.

### Anexo 9.3. Focus Group con Hombres de 18 A 30 Años

San Gabriel Alto

Realizado el 20 Noviembre del 2014 de 11 a 13 horas en la vivienda de la señora Magdalena en Manzana L-Lote 17 -1 Sector 8.

Equipo: Eudosio Sifuentes y Ana Cedillo

#### Participantes

Nombre	Edad	Lugar de nacimiento	Grado de instrucción	Ocupación	Residencia
Israel	22	Apurímac Andahuaylas Talavera	5to de secundaria	Obrero	A.H. Tupac Amaru Sector 8
Jesús	26	Huanuco Dos de Mayo	2do de secundaria	Albañil	A.H. Tupac Amaru Sector 8
Juan	20	Ayacucho Huanta	5to de secundaria	Desempleado	A.H. Tupac Amaru Sector 7
Eder	20	Junín Huancayo	5to de secundaria	Operario	A.H. Tupac Amaru Sector 7
Marino	19	Junín Tarma	5to de secundaria	Bordados tradicionales	A.H. Tupac Amaru Sector 7

#### Motivación:

Se presenta la historia de un hombre que andaba por las calles de Huaraz y cada vez que se encontraba con algún amigo les decía subiendo la voz y tratando de imitar el tono italiano: “El que traga fuerte y caga fuerte no teme la muerte”, como deseándoles que cuidaran de su alimentación y del buen funcionamiento de su aparato digestivo.

Preguntas motivadoras: ¿Creen ustedes que el que traga fuerte también caga fuerte?  
¿Tragar y cagar fuerte nos hace más valientes?



Juan: No. Ese señor está equivocado porque comer fuerte o comer mucho hace daño, porque uno se engorda, se malogra la salud, se puede cansar, puede enfermarse del corazón.

Jesús: No. Es al revés, si tú comes más estas mejor, tienes mejor salud.

Juan: Los que comen mucho se engordan y sufren de ataques...

Marino: Si comes bastante, pero grasoso, si te enfermas; pero si comes al natural, no pasa nada, así comas bastante no te engordas.

Eder: También depende a qué hora se coma; si comes bastante en la noche, te cae mal.

Jesús: En la noche solo se debe tomar un tesito y su pan, nada más; en cambio en la mañana si se debe comer todo.

Israel: Eso es cierto, mas se debe comer en la mañana, así hacíamos en mi tierra, tomábamos desayuno con papas, con caldo.

Juan: Pero es mejor comer poco para no estar gordos y no cansarnos, si no también uno esta con sueño.

ES: Y es cierto que ¿el que más come, mas caga?

Juan: También depende, por ejemplo yo conocí a una chica que comía pero no hacia... y un día la llevaron al hospital.

Israel: Seguro tenía otras cosas.

Jesús: Pero eso no puede ser el que no caga se muere, yo cago después de comer, si no me muero jajaja

Israel: Seguro se drogaba, el que se droga no caga.

Juan: Entonces estaba estreñida

Marino: Eso paso porque comió cosas raras.

Juan: Posiblemente no tomaba líquidos; cuando uno no toma líquidos, uno se estreñe

ES: ¿El que no caga se muere? ¿Tan peligrosa es la caca que nos puede matar?

Jesús: La caca no es peligrosa, a veces también puede servir para otras cosas

ES: ¿Para qué puede servir la caca?

Jesús: La caca te salva...

Eder: Ah sí! Yo he escuchado que puede servir para curar la picadura de arañas o de serpientes.

Jesús: También sirve cuando te da el aire de la veta, cuando apenas lo abres, sale como un vapor que te da en la cara, entonces ahí comienzas a botar baba y lo único que te queda es comer tu propia caca. Así fue lo que le paso a mi tío en Huamalies

(Huanuco); él todas las noches iba mirando los cerros y cuando veía luces, entonces se daba cuenta que por ahí había un guardado (tesoro enterrado), iba al día siguiente y desenterraba oro o plata en ollas de barro; una vez fueron con mi papa, y cuando desenterraron una olla llena de monedas de plata, todo el aire le dio a mi papa y comenzó a botar baba y a estirarse, ya se moría, hasta que tuvo que comer su caca y así se salvó.

Eder: Yo no he escuchado de la caca; pero si de los orines; dicen que es bueno para el dolor de estómago, para eliminar los barritos de la cara. Tienes que tomar y tienes que pasarte por encima.

Juan: ¿Comer caca?

ES: Y ustedes tienen baños en sus viviendas?

Voces: En el silo nomas...

ES: Todos tienen silo?

Jesús: No, la mayoría no tiene.

Marino: Nosotros tenemos, pero mi silo está en la parte alta, y de noche me da miedo subir, porque hay perros salvajes; nunca subo solo; otras veces le digo a mi hermano que me acompañe; si no está me quedo así nomas.

ES: Pero puedes aguantar?

Marino: A veces, si no aguanto lo hago en alguna bolsa, ya al día siguiente lo boto.

Jesús: Creo que a esos perros, les gusta comer cuando esta calientito.

ES: ¿Y usan papel higiénico?

Israel: A veces, lo que haya; a veces un cuaderno.

Israel: Las páginas amarillas de teléfono también son bueno.

Eder: Los muchachos también se limpian con piedra.

Jesús: Yo en mi tierra me limpiaba con hojas de planta, de acelgas, de marco, a veces con hojas de eucalipto, de huamantilco.

ES: Pero por aquí no hay hojas, no hay plantas ¿Cómo hacen entonces?

Jesús: También la gente corta su ropa vieja, y lo van utilizando por pedazos, o con cualquier trapo.

Jesús: Yo varias veces me he levantado mi pantalón, así no más...

ES: Y como se limpian?

Juan: De adelante para atrás

ES: Y después logran lavarse las manos?

Juan: Yo solo me lavo con agua

Eder: Yo a veces me lavo cuando se rompe el papel higiénico, cuando estoy en crisis.

ES: ¿La caca les da asco?

Juan: Quien no va a tener asco! Ni al perro le gusta oler; a ningún animal le gusta oler su caca.

Jesús: Pero cuando tiene hambre, a veces comen; el perro también come su caca.

Israel: Entonces de uno mismo también se puede comer?

Risas...

Jesús: Aunque no comas, pero te puede servir para muchas cosas. Por ejemplo la caca de perro sirve para caminar de noche; la caca de caballo dicen que es bueno para curar los cólicos.

ES: Y el de perro...

Jesús: Dicen que cuando caminas de noche y te cruzas con el ánima y te ve primero, entonces te gana el susto y te puedes morir; entonces tiene que comer caca de perro.

Marino: La vez pasada estuvieron hablando que la caca del cuy sirve para hacer gas.

Jesús: La caca de cuy es bueno para curar cólicos.

ES: ¿Entonces que es la caca?

Juan: ¿Es el peor desecho; es peor que la basura?

Israel: Claro, es lo que ya no sirve

ES: ¿Entonces les da asco?

Israel: Eso depende, por ejemplo te encuentras con una chica y cuando ya estás en la cama, aunque huela a caca no importa, porque con el sexo todo te olvidas, ya no sientes.

Juan: Eso no puede ser

Israel: Así es, el sexo es más fuerte hasta le haces el beso negro

Risas...

ES: Y se puede jugar con la caca, por ejemplo en carnavales?

Jesús: Mas con orines

Juan: La caca da asco no es ni para tocarla

Eder: Yo he utilizado orines para dolor de estómago y para curarme los hongos de los pies

Marino: Yo también he usado orines para los pies.

## ANEXO 10: RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN

**Cuadro 6. Características físicas de los terrenos y espacios de los Asentamientos Humanos de San Gabriel Alto**

Características físicas Del espacio de los AAHH de San Gabriel Alto	La Florida (n=57)	Cerro Verde (n=19)	3 de Mayo (n=93)	3 Mayo Alpes (n=27)	14 de enero (n=58)	Guadalupe (n=52)	Tiwinza (n=49)	Nueva Jerusalén (n=32)	Global (n=387)
Espacio plano	30.0%	10.0%	20.0%	10.0%	80.0%	0.0%	0.0%	0.0%	22.4%
Calles con pavimento	20.0%	0.0%	10.0%	0.0%	60.0%	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%
Suelo arenoso	20.0%	0.0%	10.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.0%
Espacio en declive	70.0%	90.0%	80.0%	90.0%	10.0%	100.0%	100.0%	100.0%	76.1%
Calles de tierra y piedras	80.0%	100.0%	80.0%	90.0%	20.0%	100.0%	100.0%	100.0%	79.6%
Suelo pedregoso	80.0%	100.0%	80.0%	90.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	91.6%
Espacio limpio y ordenado	30.0%	10.0%	20.0%	10.0%	70.0%	20.0%	20.0%	20.0%	27.8%

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Informes de observación

**Cuadro 8. Estado de la construcción de las viviendas**

Estado de la construcción de las viviendas	La Florida (n=57)	Cerro Verde (n=19)	3 de Mayo (n=93)	3 Mayo Alpes (n=27)	14 de enero (n=58)	Guadalupe (n=52)	Tiwinza (n=49)	Nueva Jerusalén (n=32)	Global (n=387)
Construcciones terminadas	8.8%	10.5%	0.0%	0.0%	27.6%	0.0%	0.0%	0.0%	5.9%
Casas a medio construir	<b>75.4%</b>	42.1%	<b>72.0%</b>	<b>85.2%</b>	58.6%	40.4%	53.1%	15.6%	58.7%
Casas de material precario	15.8%	47.4%	28.0%	14.8%	13.8%	59.6%	46.9%	84.4%	35.4%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Informes de observación

**Cuadro 9. Número de habitaciones por vivienda en la zona de estudio**

Orden y manejo de las Viviendas	La Florida (n=57)	Cerro Verde (n=19)	3 de Mayo (n=93)	3 Mayo Alpes (n=27)	14 de enero (n=58)	Guadalupe (n=52)	Tiwinza (n=49)	Nueva Jerusalén (n=32)	Global (n=387)
Con una o dos habitaciones	22.8%	47.4%	16.1%	7.4%	27.6%	36.5%	40.8%	59.4%	29.2%
Con tres o cuatro habitaciones	<b>61.4%</b>	42.1%	<b>64.5%</b>	<b>85.2%</b>	46.6%	<b>63.5%</b>	55.1%	40.6%	58.4%
Con cinco o más habitaciones	15.8%	10.5%	19.4%	7.4%	25.9%	0.0%	4.1%	0.0%	12.4%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

FUENTE: Datos obtenidos en campo. Informes de observación

**Cuadro 10. El manejo de las viviendas**

El manejo de las viviendas	La Florida (n=57)	Cerro Verde (n=19)	3 de Mayo (n=93)	3 Mayo Alpes (n=27)	14 de enero (n=58)	Guadalupe (n=52)	Tiwinza (n=49)	Nueva Jerusalén (n=32)	Global (n=387)
Casas muy sucias y desordenadas	19.3%	47.4%	20.4%	7.4%	15.5%	23.1%	16.3%	31.3%	20.7%
Más o menos limpias	71.9%	10.5%	62.4%	63.0%	75.9%	53.8%	69.4%	40.6%	61.2%
Patios y habitaciones usados como meaderos	8.8%	42.1%	17.2%	29.6%	8.6%	23.1%	14.3%	28.1%	18.1%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

FUENTE: Datos obtenidos en campo. Informes de observación

Cuadro 11. Manejo y funcionamiento de los servicios

Manejo y funcionamiento de los servicios	La Florida (n=57)	Cerro Verde (n=19)	3 de Mayo (n=93)	3 Mayo Alpes (n=27)	14 de enero (n=58)	Guadalupe (n=52)	Tiwinza (n=49)	Nueva Jerusalén (n=32)	Global (n=387)
Viviendas con servicios básicos (Lavatorio, water, ducha)	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	27.6%	0.0%	0.0%	0.0%	4.9%
Viviendas sin lavatorios, o separados del water o de la letrina	75.4%	84.2%	72.0%	14.8%	36.2%	5.8%	30.6%	9.4%	44.4%
Viviendas sin servicios	19.3%	15.8%	28.0%	<b>85.2%</b>	36.2%	<b>94.2%</b>	69.4%	<b>90.6%</b>	50.6%

Cuadro 7. Condiciones sanitarias

Condiciones sanitarias y percepciones*	La Florida (n=57)	Cerro Verde (n=19)	3 de Mayo (n=93)	3 Mayo Alpes (n=27)	14 de enero (n=58)	Guadalupe (n=52)	Tiwinza (n=49)	Nueva Jerusalén (n=32)	Global (n=387)
Con frecuencia discurren aguas servidas están estancadas	10.0%	40.0%	10.0%	10.0%	20.0%	10.0%	0.0%	10.0%	11.7%
Existencia de alumbrado eléctrico en todo el AH	<b>80.0%</b>	50.0%	<b>70.0%</b>	50.0%	<b>90.0%</b>	<b>60.0%</b>	<b>60.0%</b>	40.0%	<b>67.0%</b>
Existencia de red pública de agua	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	<b>50.0%</b>	0.0%	0.0%	0.0%	7.5%
Existencia de redes de agua y alcantarillado	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7.5%
Papeles utilizados, residuos y huellas de EH en los caminos	20.0%	<b>70.0%</b>	20.0%	20.0%	10.0%	20.0%	20.0%	30.0%	21.8%
Percepción de olores de orina y meados en gran parte del AH	10.0%	70.0%	20.0%	20.0%	10.0%	20.0%	20.0%	30.0%	20.3%
Percepción de olores de orina y meados en algunos espacios del AH	10.0%	20.0%	20.0%	20.0%	10.0%	20.0%	20.0%	0.0%	15.4%
Percepción de olores de EH en gran parte del AH todo el día	0.0%	40.0%	0.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	0.0%	6.8%
Percepción de olores de EH en algunos espacios del AH en determinadas horas	1.0%	20.0%	20.0%	20.0%	10.0%	20.0%	10.0%	30.0%	15.3%

FUENTE: Datos obtenidos en campo. Informes de observación

**Cuadro 13. Hábitos para mear**

Hábitos para mear	La Florida (n=57)	Cerro Verde (n=19)	3 de Mayo (n=93)	3 Mayo Alpes (n=27)	14 de enero (n=58)	Guadalupe (n=52)	Tiwinza (n=49)	Nueva Jerusalén (n=32)	Global (n=387)
Mean siempre en la letrina	45.6%	26.3%	<b>61.3%</b>	40.7%	62.1%	13.5%	24.5%	0.0%	39.8%
Mean en latas, botellas, bacines, etc. que se mantienen un día o más	7.0%	15.8%	17.2%	18.5%	0.0%	7.7%	10.2%	18.8%	11.1%
Mean en el patio de la vivienda	19.3%	31.6%	11.8%	11.1%	10.3%	46.2%	26.5%	53.1%	23.5%
Mean en la vía pública	28.1%	26.3%	9.7%	29.6%	27.6%	32.7%	38.8%	28.1%	25.6%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Informes de observación**Cuadro 12. Hábitos para defecar**

Hábitos para defecar	La Florida (n=57)	Cerro Verde (n=19)	3 de Mayo (n=93)	3 Mayo Alpes (n=27)	14 de enero (n=58)	Guadalupe (n=52)	Tiwinza (n=49)	Nueva Jerusalén (n=32)	Global (n=387)
Defecan siempre dentro de su vivienda (Letrinas o bolsas)	75.4%	57.9%	64.5%	55.6%	70.7%	46.2%	30.6%	25.0%	<b>56.1%</b>
Defecan a campo abierto solo en las noches (Cagaderos)	8.8%	21.1%	7.5%	14.8%	10.3%	28.8%	16.3%	46.9%	16.5%
Defecan fuera de su comunidad (Mercado o en el trabajo)	15.8%	21.1%	28.0%	29.6%	19.0%	25.0%	53.1%	28.1%	27.4%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos en campo. Informes de observación

## ANEXO 11: INFORME DE LOS RESULTADOS DE LA OBSERVACION

nov-14

Asentamiento Humano:	La Florida	Cerro Verde	3 de Mayo	3Mayo Alpes	14 de enero	Guadalupe	Tiwinza	Nueva Jerusalem	TOTAL
N° Total <b>Zonas observadas:</b> Todo el ámbito de lotes	54	19	88	26	55	49	47	30	368

1	Terreno y espacio del Asentamiento Humano	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	Espacio plano		30		10		20		10		80		0		0		0		18.75
2	Calles con pavimento		20		0		10		0		60		0		0		0		11.25
3	Suelo arenoso		20		0		10		10		0		0		0		0		5
4	Botaderos de basura	1		1		2		1		0			1		0		1		0.25
5	Espacio en declive		70		90		80		90		10		100		100		100		80
6	Calles de tierra y piedras		80		100		80		90		20		100		100		100		83.75
7	Suelo pedregoso		80		100		80		90		100		100		100		100		93.75
8	Espacio limpio y ordenado		30		10		20		10		70		20		20		20		25

2	Condiciones sanitarias y percepciones	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	Con frecuencia discurren aguas servidas		10	40	40		10		10		20		10		0		10		13.75



	están estancadas																	
2	Existencia de alumbrado eléctrico en todo el AH		80%	50	50%		70%		50%		90%		60%		60%		40%	0.625
3	Existencia de red pública de agua		0		0		0		0		50		0		0		0	6.25
4	Existencia de redes de agua y alcantarillado		0		0		0		0		50		0		0		0	6.25
5	Existencia de cagaderos altamente utilizados alrededor del Asentamiento	1		2	20	1			0				5		10		20	6.88
6	Existencia de cagaderos poco utilizados alrededor del Asentamiento	1		1	20	1		1		1		1	20	1	20	1	20	10
7	Papeles utilizados, residuos y huellas de EH en los caminos		20		70		20		20		10		20		20		30	26.25
8	Percepción de olores de orina y meados en gran parte del AH		10		70		20		20		10		20		20		30	25
9	Percepción de olores de orina y meados en algunos espacios del AH		10		20		20		20		10		20		20			15
10	Percepción de olores de EH en gran parte del AH todo el día		0		40		0		10		10		10		10			10
11	Percepción de olores de EH en algunos espacios del AH algunas horas		10		20		20		20		10		20		10		30	17.5

3	Estado de la construcción de las viviendas		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	1	Construcciones terminadas	4		2		0		0		15		0		0		0	
	2	Casas a medio construir	42		8		64		22		33		19		25		4	
	3	Casas de material precario	8		9		24		4		7		30		22		26	
	4	Cocinas con pisos de tierra		40		70		75		70		30		80		60		80
	Total		54		19		88		26		55		49		47		30	

N°	%
2.63	
27.13	
16.25	
0.00	
46.00	

4	Orden y manejo de las viviendas		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	1	Con una o dos habitaciones	12		9		14		2		15		18		19		18	
	2	Con tres o cuatro habitaciones	34		8		58		22		26		31		26		12	
	3	Con cinco o más habitaciones	8		2		16		2		14				2			
	4	Con una habitación para defecar y lavarse las manos		30		0		30		0		60		0		0		0
	Total		54		19		88		26		55		49		47		30	

N°	%
13.38	
27.13	
5.50	
0.00	
46.00	

5	El manejo de las viviendas		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	1	Casas muy sucias y desordenadas	12		9		23		4		10		15		10		14	
	2	Mas o menos limpias	42		2		65		22		45		34		37		16	
	3	Patios y habitaciones usadas como meaderos		6		8		40		30		5		15		10		15
	4	Total	54		19		88		26		55		49		47		30	

N°	%
12.13	
32.88	
1.00	
46.00	

<b>6</b>	<b>Letrinas familiares en las viviendas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
1	Con letrinas sucias, sin ventilación o colmatadas y sin uso	4		3		10		3		2		6		0		4				4.00	
2	Letrinas precarias y en uso	24		8		48		16		26		19		15		12				21.00	
3	Con letrinas operativas y limpias	4		3		6		2		8		4		2		4				4.13	
4	Con letrinas poco usadas	10		3		8		1		10		4		2		0				4.75	
5	Sin letrinas	12		2		16		4		9		16		28		10				12.13	
	Total	54		19		88		26		55		49		47		30				46.00	

<b>7</b>	<b>Servicios higiénicos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
1	Viviendas con servicios conectados a la red pública de agua y desagüe	0		0		0		0		10		0		0		0				1.25	
2	Viviendas que se abastecen de agua con camiones cisterna	26		4		50		8		20		14		14		6				17.75	
3	Viviendas que se abastecen de agua con mangueras	18		12		28		14		25		18		16		14				18.13	
4	Sin acceso al agua	10		3		10		4		0		17		17		10				8.88	
	Total	54		19		88		26		55		49		47		30				46.00	

<b>8</b>	<b>Manejo y funcionamiento de los servicios</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
1	Viviendas con servicios básicos (Lavatorio, water, ducha)	2		0		0		0		15		0		0		0				2.13	
2	Viviendas sin lavatorios, o separados	42		16		64		4		20		2		14		2				20.50	



11	Hábitos de higiene personal		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	Defecan y siempre se lavan las manos con agua y jabón		8		0		10		2		20		10		0		0			6.25
2	Defecan y a veces se lavan las manos sin jabón		20		10		20		4		20		20		14		6			14.25
3	Defecan y no acostumbran lavarse las manos		72		90		70		20		60		70		33		24			54.875
4	Total		100		100		100		26		100		100		47		30			75.375

12	Convivencia con el EH		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	Alta, extendida y permanente		0		0		0		0		0		10		5		20			4.375
2	Mediana y eventual		4		20		20		2		0		20		10		30			13.25
3	Escasa y eventual		12		70		20		5		10		30		10		30			23.375
4	No se registra		84		10		60		19		90		40		22		20			43.125
	Total		100		100		100		26		100		100		47		100			84.125

13	Asentamiento Humano		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	Saludable		10		0		10		2		10		10		2		10			6.75
2	Poco saludable		80		80		80		22		80		50		30		60			60.25
3	No saludable		10		20		10		2		10		40		15		30			17.125
	Total		100		100		100		26		100		100		47		100			84.125

**ANEXO 12. FOTOS**

**Asentamientos de San Gabriel Alto IV y V Etapa. Distrito de Villa María del Triunfo – Lima Sur. Fotos de Eudosio Sifuentes Dic. 2017**





**Asentamientos de San Gabriel Alto IV y V Etapa. Distrito de Villa María del Triunfo – Lima Sur. Fotos de Eudosio Sifuentes Dic. 2017**



Asentamientos de San Gabriel Alto IV y V Etapa. Distrito de Villa María del Triunfo – Lima Sur. Fotos de Eudosio Sifuentes Dic. 2017





**Asentamientos de San Gabriel Alto IV y V Etapa Distrito de Villa María del Triunfo – Lima Sur. Fotos de Eudosio Sifuentes Dic. 2017**



**Asentamientos de San Gabriel Alto IV y V Etapa Distrito de Villa María del Triunfo – Lima Sur. Fotos de Eudosio Sifuentes Dic. 2017**

## ANEXO 13. CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

### Anexo 13.1 Aspectos de Ubicación

Aspectos de Ubicación	N	%
<b>Lugar de Nacimiento</b>		
Lima	105	27.1%
Apurímac	59	15.2%
Junín	43	11.1%
Ayacucho	38	9.8%
Puno	24	6.2%
Huancavelica	17	4.4%
Arequipa	15	3.9%
Huánuco	14	3.6%
Amazonas	11	2.8%
Cajamarca	8	2.1%
Pasco	8	2.1%
La libertad	7	1.8%
Ancash	6	1.6%
Cusco	6	1.6%
Lambayeque	5	1.3%
Piura	4	1.0%
Loreto	4	1.0%
Callao	4	1.0%
Ucayali	3	.8%
Ica	2	.5%
San Martin	2	.5%
Tumbes	1	.3%
No especifica	1	.3%
<b>Lugar de Nacimiento de los padres</b>		
Apurímac	64	16.5%
Ayacucho	53	13.7%
Junín	49	12.7%
Lima	33	8.5%
Puno	30	7.8%
Pasco	21	5.4%
Huancavelica	18	4.7%
Arequipa	18	4.7%
Cajamarca	15	3.9%
Huánuco	13	3.4%
Ancash	12	3.1%
Amazonas	11	2.8%
Cusco	8	2.1%
La libertad	6	1.6%
Loreto	5	1.3%
Piura	4	1.0%
Lambayeque	4	1.0%
Ucayali	2	.5%
Ica	2	.5%
No especifica	19	4.9%



### Anexo 13.2. Creencias acerca del uso y propiedades del EH según el sexo y edad de los pobladores de San Gabriel Alto

Uso y propiedades medicinales del EH	Sexo				Edad							
	Masculino		Femenino		18-30 años		31-50 años		51-70 años		71 a más	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>El EH sirve para prevenir o curar alguna enfermedad</b>												
Si creo	11	7.3%	17	7.3%	6	5.0%	15	8.7%	6	6.7%	2	28.6%
Podría ser	58	38.7%	69	29.5%	29	24.4%	55	32.0%	39	43.8%	4	57.1%
No creo	11	7.3%	55	23.5%	23	19.3%	32	18.6%	13	14.6%	0	0.0%
De ninguna manera	70	46.7%	93	39.7%	61	51.3%	70	40.7%	31	34.8%	1	14.3%
<b>En el caso que se utilice el EH, para que sería:</b>												
Dolores	38	25.3%	54	23.1%	22	18.5%	44	25.6%	25	28.1%	2	28.6%
Enfermedades	22	14.7%	47	20.1%	16	13.4%	36	20.9%	17	19.1%	2	28.6%
No respondió	90	60.0%	133	56.8%	81	68.1%	92	53.5%	47	52.8%	3	42.9%
<b>Como se puede aplicar o usar el EH</b>												
Contra la picadura de arañas o alacranes	16	10.7%	35	15.0%	16	13.4%	24	14.0%	12	13.5%	0	0.0%
Contra la mordedura de víboras o perros rabiosos	10	6.7%	15	6.4%	1	.8%	20	11.6%	3	3.4%	1	14.3%
Para tratar enfermedades incurables o desconocidas	3	2.0%	10	4.3%	7	5.9%	6	3.5%	1	1.1%	0	0.0%
Contra la diabetes, cáncer sida o ébola	0	0.0%	5	2.1%	2	1.7%	3	1.7%	0	0.0%	0	0.0%
Cuando los medicas ya no pueden hacer nada con los desahuciados	1	.7%	2	.9%	2	1.7%	1	.6%	0	0.0%	0	0.0%
Otras	45	30.0%	44	18.8%	19	16.0%	33	19.2%	32	36.0%	5	71.4%
No es usable	73	48.7%	113	48.3%	68	57.1%	81	47.1%	37	41.6%	1	14.3%
No respondió	2	1.3%	10	4.3%	4	3.4%	4	2.3%	4	4.5%	0	0.0%
<b>Como se utiliza el EH en casos de enfermedad</b>												
Fresco, o recién evacuado	70	46.7%	101	43.2%	39	32.8%	81	47.1%	48	53.9%	6	85.7%
Solo de otros, especialmente de los bebes	2	1.3%	15	6.4%	5	4.2%	8	4.7%	4	4.5%	0	0.0%
Seco	2	1.3%	3	1.3%	1	.8%	3	1.7%	1	1.1%	0	0.0%
Cocinado (tostado, hervido, otros)	3	2.0%	2	.9%	3	2.5%	1	.6%	1	1.1%	0	0.0%
Solo de uno mismo	0	0.0%	2	.9%	1	.8%	1	.6%	0	0.0%	0	0.0%
Otra forma	0	0.0%	1	.4%	1	.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

NS / NC	73	48.7%	110	47.0%	69	58.0%	78	45.3%	35	39.3%	1	14.3%
<b>Cómo se aplica el EH en casos de enfermedad</b>												
Solo en emplastos para desinflamar	35	23.3%	42	17.9%	18	15.1%	34	19.8%	23	25.8%	3	42.9%
Se usa como Cremas	12	8.0%	20	8.5%	10	8.4%	11	6.4%	9	10.1%	2	28.6%
Se toma disuelto como jugo	9	6.0%	17	7.3%	7	5.9%	14	8.1%	5	5.6%	0	0.0%
Solo se aplica con frotaciones mezclado con yerbas	9	6.0%	12	5.1%	6	5.0%	12	7.0%	3	3.4%	0	0.0%
Se toma como cápsula o pastilla	2	1.3%	10	4.3%	7	5.9%	6	3.5%	1	1.1%	0	0.0%
Entreverado con los alimentos	1	.7%	1	.4%	1	.8%	0	0.0%	1	1.1%	0	0.0%
Otras formas	9	6.0%	16	6.8%	3	2.5%	10	5.8%	11	12.4%	1	14.3%
NS / NC	73	48.7%	116	49.6%	67	56.3%	85	49.4%	36	40.4%	1	14.3%

**Anexo 13.3. Creencias acerca del color y forma del EH según el sexo y edad de los pobladores de San Gabriel Alto**

Acerca del color y forma del EH	Sexo				Edad							
	Masculino		Femenino		18-30 años		31-50 años		51-70 años		71 a más	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>De qué color es el EH normal</b>												
Amarillo	103	68.7%	144	61.5%	75	63.0%	105	61.0%	64	71.9%	4	57.1%
Marrón	13	8.7%	18	7.7%	11	9.2%	9	5.2%	10	11.2%	1	14.3%
Verde	0	0.0%	1	.4%	0	0.0%	1	.6%	0	0.0%	0	0.0%
No tiene un color fijo	34	22.7%	71	30.3%	33	27.7%	57	33.1%	15	16.9%	2	28.6%
<b>De qué forma tiene el EH normal</b>												
Alargada "forma de churro"	122	81.3%	169	72.2%	88	73.9%	125	72.7%	74	83.1%	5	71.4%
De bolitas duras	3	2.0%	7	3.0%	5	4.2%	2	1.2%	3	3.4%	0	0.0%
Es aguado	1	.7%	4	1.7%	1	.8%	3	1.7%	1	1.1%	0	0.0%
No tiene forma, es como una masa de puré	1	.7%	1	.4%	1	.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%
Tiene otra forma	0	0.0%	2	.9%	0	0.0%	2	1.2%	0	0.0%	0	0.0%
No tiene una forma fija	23	15.3%	51	21.8%	24	20.2%	40	23.3%	11	12.4%	1	14.3%
<b>De qué depende la forma y el color del EH*</b>												
De los alimentos que se asume	125	83.3%	204	87.2%	105	88.2%	142	82.6%	78	87.6%	6	85.7%
De las enfermedades que tiene la persona	1	.7%	4	1.7%	2	1.7%	2	1.2%	1	1.1%	0	0.0%
De las preocupaciones y tensiones o de la tranquilidad	1	.7%	2	.9%	0	0.0%	1	.6%	2	2.2%	0	0.0%
Del sexo y la edad de la persona	2	1.3%	2	.9%	1	.8%	2	1.2%	1	1.1%	0	0.0%
De otra forma	0	0.0%	3	1.3%	1	.8%	2	1.2%	0	0.0%	0	0.0%

### Anexo 13.4. Creencias acerca del olor del EH según el sexo y edad de los pobladores de San Gabriel Alto

Acerca del olor del EH	Sexo				Edad							
	Masculino		Femenino		18-30 años		31-50 años		51-70 años		71 a más	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Quienes pueden hacer el EH más apestoso*</b>												
Cualquiera	68	45.3%	105	44.9%	51	42.9%	81	47.1%	38	42.7%	4	57.1%
Los hombres	20	13.3%	40	17.1%	22	18.5%	20	11.6%	17	19.1%	1	14.3%
Los enfermos	20	13.3%	45	19.2%	26	21.8%	30	17.4%	10	11.2%	0	0.0%
Los viejos	19	12.7%	25	10.7%	9	7.6%	25	14.5%	9	10.1%	1	14.3%
Los niños	2	1.3%	2	.9%	1	.8%	3	1.7%	0	0.0%	0	0.0%
NS/ NC	5	3.3%	4	1.7%	2	1.7%	1	.6%	5	5.6%	1	14.3%
<b>¿Por qué cree usted?*</b>												
Depende que comen	46	30.7%	66	28.2%	32	26.9%	48	27.9%	29	32.6%	3	42.9%
Mala digestión / Empacho	15	10.0%	27	11.5%	11	9.2%	22	12.8%	8	9.0%	1	14.3%
Persona Enferma / Uso de medicina	18	12.0%	23	9.8%	12	10.1%	20	11.6%	9	10.1%	0	0.0%
Comen "chatarra" / calle	14	9.3%	21	9.0%	9	7.6%	15	8.7%	10	11.2%	1	14.3%
Comen mucho / como "chancho"	7	4.7%	25	10.7%	13	10.9%	13	7.6%	6	6.7%	0	0.0%
Mala combinación de alimentos	11	7.3%	7	3.0%	6	5.0%	7	4.1%	5	5.6%	0	0.0%
Toman poca agua	2	1.3%	14	6.0%	4	3.4%	9	5.2%	3	3.4%	0	0.0%
No se movilizan / Falta ejercicio	8	5.3%	5	2.1%	4	3.4%	6	3.5%	3	3.4%	0	0.0%
Otros	14	9.3%	22	9.4%	9	7.6%	18	10.5%	8	9.0%	1	14.3%
<b>El EH es lo más asqueroso repugnante</b>												
<b>No, ¿Por qué?</b>	<b>106</b>	<b>-</b>	<b>117</b>		<b>66</b>		<b>98</b>		<b>54</b>		<b>6</b>	
Hay cosas peores	69	65.1%	60	51.3%	39	59.1%	54	55.1%	33	61.1%	3	50.0%
Es natural / De uno mismo	33	31.1%	53	45.3%	25	37.9%	40	40.8%	19	35.2%	3	50.0%
Otros	4	3.8%	4	3.4%	2	3.0%	4	4.1%	2	3.7%	0	0.0%
<b>Sí, ¿Por qué?</b>	<b>42</b>	<b>-</b>	<b>116</b>		<b>51</b>		<b>74</b>		<b>33</b>		<b>1</b>	
Por el olor / Apesta	30	71.4%	65	56.0%	31	60.8%	43	58.1%	21	63.6%	1	100.0%
Es desecho / Contaminado	10	23.8%	24	20.7%	5	9.8%	6	8.1%	2	6.1%	0	0.0%
Es Asqueroso / Asco	2	4.8%	11	9.5%	10	19.6%	14	18.9%	10	30.3%	0	0.0%
Otros	0	0.0%	16	13.8%	5	9.8%	11	14.9%	0	0.0%	0	0.0%
<b>NS/NC</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>2</b>		<b>0</b>		<b>2</b>		<b>0</b>	

**Anexo 13.5. Creencias acerca de la fuente de contagio EH al aire libre según el sexo y edad de los pobladores de San Gabriel Alto**

Fuente de contagio del EH al aire libre	Sexo				Edad							
	Masculino		Femenino		18-30 años		31-50 años		51-70 años		71 a más	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>La KK causa enfermedades a tu familia/vecinos</b>												
Si	150	100.0	229	97.9	116	97.5	170	98.8	88	98.9	7	100.0
No	0	0.0	1	.4	1	.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
NS/NC	0	0.0	4	1.7	2	1.7	2	1.2	1	1.1	0	0.0
<b>El EH es fuente de contagio de enfermedades</b>												
Si	148	98.7	227	97.0	114	95.8	169	98.3	87	97.8	7	100.0
No	2	1.3	2	.9	3	2.5	1	.6	0	0.0	0	0.0
Si, solo de los enfermos	0	0.0	3	1.3	1	.8	1	.6	1	1.1	0	0.0
NS/NC	0	0.0	2	.9	1	.8	1	.6	1	1.1	0	0.0
<b>Contagio de alguna enfermedad con el EH*</b>												
Comiendo "alimentos mosqueados"	143	95.3	216	92.3	111	93.3	163	94.8	80	89.9	7	100.0
Tocándolo	124	82.7	147	62.8	82	68.9	117	68.0	66	74.2	7	100.0
Oliendo el EH	50	33.3	60	25.6	21	17.6	45	26.2	40	44.9	4	57.1
NS/NR	0	0.0	2	.9	0	0.0	2	1.2	1	1.1%	0	0.0

**Anexo 13.6. El EH sirve para prevenir o curar enfermedades o dolores según la edad de los pobladores de San Gabriel Alto del Distrito de Villa María del Triunfo durante el 2014**

Ha utilizado la orina para fines curativos	Edad							
	18-30 años		31-50 años		51-70 años		71 a más	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	49	41.2%	117	68.0%	68	76.4%	5	71.4%
No	37	31.1%	35	20.3%	15	16.9%	1	14.3%
NS/NC	33	27.7%	20	11.6%	6	6.7%	1	14.3%
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100.0%</b>	<b>172</b>	<b>100.0%</b>	<b>89</b>	<b>100.0%</b>	<b>7</b>	<b>100.0%</b>



## ANEXO 14: POEMAS ESCATOLÓGICOS

### ANÓNIMO; YO Y MIS REALIDADES Y FANTASÍAS. UN POEMA DE MIERDA

De los placeres sin pecar,  
el más dulce es el cagar,  
con un periódico extendido  
y un cigarrillo encendido,  
queda el culo complacido  
y la mierda en su lugar.  
Cagar es un placer,  
de cagar nadie se escapa,  
caga el rey, caga el papa,  
caga el buey, caga la vaca,  
y hasta la señorita más guapa  
hace sus bolitas de caca.  
Viene el perro y lo huele,  
gato y lo tapa.  
Total, en este mundo de caca,  
de cagar nadie se escapa.  
Qué triste es amar sin ser amado,  
pero más triste es cagar  
sin haber almorzado.  
Hay cacas blancas por hepatitis,  
las hay blandas por gastritis,  
cualquiera que sea la causa  
que siempre te alcanza,  
aprieta las piernas duro  
que cuando el trozo es seguro  
aunque no esté bien fruncido el culo,  
será por menos PEDO SEGURO!  
No hay placer más exquisito,  
que cagar bien despacito.  
El water no es tobogán,  
ni tampoco subibaja.  
El water es para cagar  
y no pa'hacerse una paja.  
Los escritores de baño  
son poetas de ocasión  
que buscan entre la mierda  
su fuente de inspiración.

<http://isabelangela.blogdiario.com/1147723620/un-poema-de-mierda/>

Vosotros que os creéis sagaz  
y todos os reís,  
decidme si sóis capaz  
de cagar y no hacer pis.  
En este lugar sagrado,  
donde tanta gente acude,  
la chica se pasa la mano,  
y el tipo se lo sacude.  
Caga tranquilo, caga sin pena,  
pero, no se te olvide  
de tirar de la cadena.  
El tipo que aquí se sienta,  
y escribir versos se acuerda,  
no me vengan a decir  
que no es un poeta de mierda!  
En este lugar sagrado  
donde acude tanta gente,  
hace fuerza el más cobarde  
y se caga el más valiente.  
Ni la mierda es pintura,  
ni los dedos son pinceles,  
por favor.....  
límpiense con papeles!  
Para tí que siempre estás en el baño:  
Caguen tranquilos,  
cagen contentos,  
pero por favor.....  
caguen adentro!  
Hoy aquí, yacen los restos  
de este olímpico sorete  
que lucha de forma estoica  
para salir del ojete.  
Estoy sentado en cuclillas  
en este maldito hoyo,  
quién fué el hijo p.....  
que se terminó el rollo!!

## CDXXVII a –

**Pronuncia con su nombre los trastos y miserias de la vida**

La vida empieza en lágrimas y caca  
 Luego viene la *mu*, con *mama* y *coco*  
 síguense las viruelas, baba y coco  
 y luego llega el trompo y la matraca.

En creciendo, la amiga y la sonsaca:  
 con ella embiste el apetito loco;  
 en subiendo a mancebo, todo es poco,  
 y después la intención peca en bellaca.

Llega a ser hombre, y todo lo trabuca;  
 soltero sigue todo perendeca;  
 casado se convierte en mala cuca.

Viejo encanece, arrúgase y se seca;  
 llega la muerte y todo lo bazuca,  
 y lo que deja paga, y lo que peca

PARNASO ESPAÑOL      SONETOS

BIBLIOTECA VIRTUAL

**MIGUEL DE CERVANTES SAAVEDRA**

<http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/parnasos-espanol-sonetos--0/html/>

